

PSEUDO-MAL DE POTT

(MAL DE POTT HYSTÉRIQUE)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 décembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MAURICE PIGNET

Né le 24 janvier 1871, à Caen (Calvados)

Élève à l'École du Service de Santé Militaire



LIMOGES

V^e HENRI DUCOURTIEUX, IMPRIMEUR-LIBRAIRE

7, RUE DES ARÈNES, 7

Décembre 1894



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545927_0043

PSEUDO-MAL DE POTT

(MAL DE POTT HYSTÉRIQUE)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 décembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MAURICE PIGNET

Né le 24 janvier 1871, à Caen (Calvados)

Élève à l'École du Service de Santé Militaire



LIMOGES

V^e HENRI DUCOURTIEUX, IMPRIMEUR-LIBRAIRE

7, RUE DES ARÈNES, 7

Décembre 1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
		OLLIER.
Clinique obstétricale et Accouchements.		PONCET.
Clinique ophtalmologique.		FOCHIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAYET.
Clinique des maladies mentales.		GAILLETON.
Physique médicale.		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique.		MONOYER.
Chimie organique et Toxicologie.		HUGOUNENQ.
Matière médicale et Botanique.		CAZENEUVE.
Zoologie et Anatomie comparée.		FLORENCE.
Anatomie.		LORTET.
Anatomie générale et Histologie.		TESTUT.
Physiologie.		RENAUT.
Pathologie interne.		MORAT.
Pathologie externe.		TEISSIER.
Pathologie et Thérapeutique générales.		X.
Anatomie pathologique.		MAYET.
Médecine opératoire.		TRIPPIER.
Médecine expérimentale et comparée.		POLLOSSON (MAURICE).
Médecine légale.		ARLOING.
Hygiène.		LACASSAGNE.
Thérapeutique.		X.
Pharmacie.		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLEMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	MM. WEILL.	agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (Aug.)	—
Botanique.	BEAUVISAGE	—

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. WEIL.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	BARRAL.
CONDAMIN.	JABOULAY.	ROLLET (ETIENNE).	chargé des fonctions d'agrégé.
COURMANT.	LANNOIS.	ROQUE.	
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	MOREAU,
DEVIC.	POLLOSSON (Aug.)	VIALLETON.	chargé des fonctions d'agrégé.

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. SOULIER, Assesseur; MM. ROQUE et JABOULAY, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE & A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MA TANTE M^{ME} V^E DUCOURTIEUX

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. PONCET

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Au moment où nous arrivons au terme de nos études médicales, notre devoir est de remercier tous ceux qui ont bien voulu s'intéresser à nous pendant ces trois années passées à l'Ecole du Service de Santé militaire.

Nous tenons d'abord à placer en tête de ce modeste travail le nom de celui qui l'a inspiré : Monsieur le Professeur Poncet. Pendant deux ans nous avons eu la bonne fortune de suivre à l'Hôtel-Dieu ses savantes leçons ; c'est un enseignement précieux dont nous garderons le souvenir. Que notre Maître veuille bien agréer ici tous nos remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Monsieur le Médecin-major de 2^{me} classe Ecot, surveillant à l'Ecole du Service de Santé militaire, a également des droits à notre reconnaissance pour la sympathie qu'il n'a cessé de nous témoigner dans le

cours de ces deux dernières années. Il nous a aidé de ses conseils, et nous avons toujours trouvé auprès de lui le plus bienveillant accueil.

Nous adressons également l'expression de toute notre gratitude à tous ceux qui ont été nos maîtres dans les hôpitaux civil et militaire où nous avons acquis les quelques connaissances cliniques que nous possédons.

Bien que nous ayons fait la plupart de nos études médicales à Lyon, nous n'aurons garde d'oublier nos premiers maîtres à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie d'Angers. Nous sommes heureux de pouvoir exprimer ici à Monsieur le Docteur Legludic, Directeur de l'Ecole, notre profonde reconnaissance pour l'aide bienveillante que nous avons trouvée en lui en toute circonstance.

INTRODUCTION

Pendant notre stage dans le service de Monsieur le Professeur Poncet, nous l'avons entendu plusieurs fois appeler l'attention sur certaines formes d'ostéalgies et d'arthralgies indépendantes de toutes lésions anatomo-pathologiques. On les rencontre chez une certaine catégorie de malades, chez les femmes le plus souvent, et il s'agit, sans doute, dans ces cas, d'une manifestation hystérique du côté des articulations du squelette. Des faits de ce genre sont plus ou moins bien connus et il nous suffira de prononcer le nom de coxalgie hystérique pour éveiller toute une série de notions sur la pathogénie de cette pseudo-arthrite coxo-fémorale ou d'autres arthrites que l'on pourrait appeler « *sine materiâ* ».

A propos de ces faits, M. Poncet nous signala l'existence chez certains sujets de tout le cortège sympto-

matique du mal de Pott ordinaire, c'est-à-dire d'une lésion tuberculeuse ou infectieuse de la colonne vertébrale, sans que l'on eut cependant affaire à la maladie connue sous ce nom. Il s'agissait d'un pseudo-mal de Pott, mal de Pott hystérique, ayant dû, en maintes circonstances, être confondu avec la maladie ainsi dénommée par le chirurgien anglais. Dans ces cas doivent rentrer les guérisons instantanées ou à brève échéance de formes pathologiques attribuées à la tuberculose ou à une autre infection.

Des faits de ce genre ne doivent pas être très rares à en juger par ceux qui nous ont été fournis par M. Poncet ; mais les premières observations qu'il avait fait publier ont dû passer plus ou moins inaperçues. En dehors des cas qu'il nous a communiqués, nous n'avons recueilli, dans la littérature chirurgicale, qu'un très petit nombre d'observations.

C'est après avoir vu, en 1882, dans son service à l'hôpital de la Croix-Rousse, une jeune fille qu'il traitait pour un mal de Pott vertébral supérieur, guérir instantanément, que M. Poncet songea, chez certains sujets, à des erreurs de diagnostic. Il nous a engagé à reprendre cette question du pseudo-mal de Pott : « mal de Pott hystérique », dénomination qu'il a donnée à cette forme pathologique et que nous trouvons employée pour la première fois dans le mémoire d'un de ses élèves, M. Charles Audry, paru dans le *Lyon médical*, du 13 octobre 1887.

CHAPITRE I

Mal de Pott ordinaire et pseudo mal de Pott

HISTORIQUE

PSEUDO MAL DE POTT

(MAL DE POTT HYSTÉRIQUE)

CHAPITRE I

Mal de Pott ordinaire et pseudo mal de Pott

HISTORIQUE

Le mal de Pott est peut-être une des maladies le plus anciennement connues. Il en est fait mention dans la plus haute antiquité ; il faut arriver cependant jusqu'à Pott, en 1778, pour en avoir un tableau complet et exact. Le célèbre chirurgien anglais nous expose tous les symptômes essentiels : gibbosité, paraplégie, abcès par congestion, qui caractérisent cette affection malheureusement trop commune. On rencontre, en effet, à chaque instant cette localisation de la tuberculose sur la colonne vertébrale. Le tubercule peut envahir insensiblement le corps des vertèbres, le détruire du centre à la périphérie par un travail lent, mais sûr ; il peut parfois rester enkysté sans manifester de suite sa présence, c'est alors « le tubercule enkysté de Nélaton », ou bien,

comme un ulcère rongé, détruire de proche en proche et rapidement le tissu osseux. Quelle que soit, au point de vue anatomo-pathologique, la marche de la maladie, on trouvera à l'autopsie des lésions organiques évidentes.

Les symptômes de l'affection se présentent aussi avec une assez grande netteté. Au début, le malade se plaindra d'une douleur au rachis, d'une douleur à distance suivant le trajet d'un cordon nerveux : au cou, à l'abdomen, sur le thorax ou les membres ; d'une sensation de fatigue à la suite d'un effort un peu prolongé ; il tiendra sa colonne vertébrale raide et, tôt ou tard, se produira la gibbosité qui mettra hors de doute le diagnostic. Parfois, même avant la production de cette déformation rachidienne, seront survenus des troubles de la motilité et de la sensibilité dans les parties du corps situées au niveau ou au-dessous de la lésion, quelquefois dans les parties situées au-dessus. A une époque quelconque de l'évolution, l'abcès par congestion se produira. En un mot, le chirurgien verra se dérouler sous ses yeux le tableau bien connu de la symptomatologie du vrai mal de Pott, que nous n'avons pas la prétention de retracer ici.

On peut rapprocher du mal de Pott vrai, un faisceau de manifestations hystériques dont l'ensemble simule, au point de vue des symptômes seulement, la tuberculose vertébrale : c'est ce que nous entendons par pseudo-mal de Pott hystérique. Cette expression paraît tout d'abord quelque peu hardie et nous avons rencontré des médecins qui n'admettent pas que des phénomènes hystériques puissent revêtir le masque du mal de Pott.

A d'autres, nous avons entendu dire que la grande névrose peut simuler toutes les maladies ; et il est bien probable que ces derniers sont dans le vrai. Pour arriver à croire, en effet, à l'existence de l'entité morbide que nous nous proposons d'étudier, il suffit de parcourir la pathologie en général, et de constater quelle place y occupe l'hystérie, dont le cadre s'étend tous les jours de plus en plus. Le diagnostic différentiel des affections les plus diverses et les plus variées doit toujours envisager aujourd'hui, en quelque sorte fatalement, l'hypothèse d'une hystérie latente possible. La plupart des appareils, on peut même dire tous, ont payé leur tribut à la simulation hystérique. Du côté du cœur, on trouve l'angine de poitrine, la cardialgie hystérique ; du côté du poumon, la toux, la pleuralgie, les hémoptysies et même la tuberculose ; dans l'appareil digestif on a de l'entéralgie, de la gastralgie, des vomissements, des hématémèses, du péritonisme, dus à cette névrose ; du côté des organes des sens, la surdité, l'amaurose. Le mutisme hystérique est une chose bien connue. Beaucoup d'éruptions de la peau, d'œdèmes, n'ont pas d'autre cause. Les affections du système nerveux peuvent également être simulées ; ainsi la méningite, la chorée, le tabes, la paraplégie, l'hémiplégie, la monoplégie. Enfin, c'est surtout pour les lésions articulaires que l'on rencontre les plus grandes difficultés de diagnostic et il n'est pas de cliniciens qui n'aient été à même de constater des arthralgies d'origine hystérique, telles que la gonialgie et surtout la coxalgie.

Pourquoi, dès lors, des manifestations de l'hystérie ne se produiraient-elles pas aussi bien sur les articu-

lations de la colonne vertébrale en donnant lieu à des raideurs, à des douleurs vives spontanées ou provoquées par les moindres mouvements, par la moindre pression, comme nous les rencontrons dans l'articulation de la hanche ou du genou. Il n'y a là rien d'impossible. Si à ces symptômes, du côté du rachis, s'ajoutent une sensation de faiblesse, des douleurs en ceinture, de la raideur des muscles des gouttières, de la paraplégie même, l'ensemble de ces phénomènes fera porter le diagnostic de mal de Pott. Cependant, au bout d'un temps plus ou moins long, sous l'influence d'une forte émotion, d'un traitement quelconque, on verra subitement disparaître la lésion, comme on voit guérir une coxalgie hystérique. Or, la coxalgie vraie, le mal de Pott vrai, peuvent s'arrêter quelque temps dans leur évolution, rester stationnaires pendant des années ; mais la lésion ne rétrocede pas, il en reste toujours quelque chose. L'enfant ou l'adulte qui a eu l'articulation du genou envahie par la tuberculose guérit en conservant son membre raide ; celui qui a eu une lésion tuberculeuse de la colonne vertébrale vit avec sa gibbosité. Tel n'est pas le sort des malades qui font l'objet de nos observations. Quelques unes, après avoir souffert pendant des années, après avoir subi toutes sortes de traitements, ont guéri sans l'intervention du chirurgien ou à la suite d'une médication qui eut été absolument funeste à un mal de Pott vrai. Il n'y a rien de plus naturel que de rapporter ces faits à l'hystérie. L'étude approfondie des malades fait trouver, du reste, des stigmates de cette névrose.

Notre intention est donc de signaler une manifesta-

tion de l'hystérie sur la colonne vertébrale qui a donné lieu à des erreurs de diagnostic regrettables et sans doute plus fréquentes qu'on ne se l'imagine ordinairement. Cet ensemble de symptômes peut être désigné sous le nom de mal de Pott hystérique. Nous n'y trouverons pas, naturellement, au point de vue anatomo-pathologique, les lésions dont nous parlions il y a un instant, à propos de la tuberculose vertébrale. Au point de vue symptomatologique, nous ne nous trouverons pas en présence de gibbosité réelle, ni d'abcès par congestion ; mais nous pourrions constater l'existence de tous les symptômes qui accompagnent le mal de Pott à son début, alors qu'il est le plus difficilement diagnosticable : douleur rachidienne, manifestations diverses à distance, parfois troubles de motilité et de sensibilité qui, comme on le sait, peuvent apparaître avant la déformation du rachis. C'est ainsi que le comprennent Audry, Charcot, Gilles de la Tourette, lorsqu'ils emploient ce terme de pseudo-mal de Pott hystérique.

HISTORIQUE. — Audry, en 1887, fait remarquer, en apportant à l'appui deux observations du professeur Poncet, que des manifestations purement nerveuses peuvent être prises pour une lésion organique de la colonne vertébrale et emploie, le premier, ce terme de pseudo-mal de Pott hystérique. Avant lui, cependant, Ollivier (d'Angers) et surtout Brodie avaient parlé de cette confusion possible. On peut, en effet, s'en convaincre en parcourant l'œuvre du chirurgien anglais : « Une forme d'hystérie très fréquente, dit-il, est celle où les symptômes s'accusent du côté de la moelle ; il arrive souvent que dans ces cas on croit avoir affaire à

des ulcérations des disques intervertébraux ou des corps des vertèbres. C'est là une fâcheuse erreur dont il m'est arrivé très souvent de constater les funestes effets. J'ai vu condamner au repos et à la position horizontale, pendant des années, des jeunes filles que l'on soumettait encore au traitement par des cautères et des sétons, alors que le grand air, l'exercice et les passe-temps les eussent complètement guéries en quelques mois. »

Ainsi, l'existence de rachialgies prises pour des lésions organiques du rachis et traitées comme telles était franchement signalée. De nombreuses recherches furent faites depuis sur la douleur dorsale des hystériques par Gully, Andral, Briquet et ses élèves Mesnet et Besançon, Axenfeld. Une thèse remarquable, de Paris, du D^r Beaujolin, en 1873, résume tout ce qui a été écrit sur cette question. En étudiant avec soin cette manifestation fréquente de la névrose, l'auteur nous montre un cas de mal de Pott vrai présentant une ressemblance frappante avec les cas de rachialgies purement hystériques dont il rapporte les observations. Il admet donc qu'on peut confondre les deux affections ; mais passe rapidement sur cette considération clinique. En 1887, paraît dans le *Lyon médical* du 13 octobre l'article fort intéressant d'Audry.

L'année suivante, le professeur Charcot appelle de nouveau l'attention sur cette confusion possible entre une manifestation hystérique et une lésion organique. Dans une de ses brillantes leçons du mardi, le 18 décembre 1888, le grand maître de la Salpêtrière présente deux malades fort curieux. L'un est une femme atteinte autrefois de mal de Pott vrai, et chez laquelle il avait pensé

un moment à une récurrence de l'affection antérieure. L'autre, un jeune homme de 24 ans, présente des symptômes et un état général tels, qu'il fallait avoir toute la science profonde du professeur Charcot pour réformer un diagnostic porté précédemment et découvrir qu'on était en face d'une affection hystérique.

Vers la même époque, on publiait en Angleterre, dans le « St Thomas's hospital reports », les observations de deux malades traitées pendant plusieurs années pour des tuberculoses vertébrales et chez lesquelles on reconnut plus tard la nature hystérique des lésions. L'auteur de cet article, M. Thomas Savill, ajoute ensuite quelques considérations cliniques fort intéressantes à ce sujet. En 1889, une thèse de Paris, du D^r Merlin, traite de cette même question. Enfin nous avons rencontré dans le *Bulletin médical* de 1891 un article de Gilles de la Tourette, reproduit, du reste, dans son traité clinique et thérapeutique de l'hystérie, sur le pseudo-mal de Pott. Pourtant les traités des maladies nerveuses, en général, ne mentionnent pas cette manifestation spéciale de la névrose.

CHAPITRE II

Observations

CHAPITRE II

Observations

Le nombre des observations que nous apportons à l'appui de notre travail est peu considérable. Nous avons pu cependant nous en procurer quelques-unes qui nous seront d'un grand secours pour tracer le tableau clinique du pseudo-mal de Pott hystérique. Tous les symptômes décrits ont été soumis à un examen attentif et minutieux, auquel les malades ont dû de ne pas être traitées indéfiniment pour une tuberculose vertébrale.

Nous préférons n'apporter qu'un petit nombre de documents, dont nous connaissons la source certaine, et nous appuyer sur des signes qui ont été l'objet d'études approfondies faites par des maîtres dont la haute valeur, au point de vue clinique, est indiscutable. Deux de ces

observations sont tirées des leçons du mardi du professeur Charcot, plusieurs sont dues à l'obligeance de M. le professeur Poncet; une autre nous a été fournie par M. le professeur agrégé Weill. Nous n'apportons donc que des faits ayant un caractère rigoureusement scientifique.

OBSERVATION I

(Audry. *Lyon médical*, 24 octobre 1887)

M^{lle} X..., âgée actuellement de 36 ans, n'offre pas d'antécédents remarquables. Coqueluche pendant l'enfance; à dix ans, scarlatine grave avec anasarque; céphalées pendant l'adolescence; à 16 ans, ophtalmie de nature inconnue.

En 1876, la malade, âgée alors de 25 ans, ayant fait un faux mouvement en levant les bras pour saisir un objet, ressentit aussitôt une violente douleur dans la colonne vertébrale. Cette douleur aurait persisté pendant quelques jours, puis disparu momentanément. Elle revint bientôt, et, après quelques alternatives, finit par s'installer d'une façon à peu près persistante, pendant qu'un point douloureux se manifestait secondairement du côté de l'épaule gauche.

A la même époque, apparaissait une rétraction des muscles de la nuque qui empêchait la malade de pencher la tête en avant et coïncidait avec la localisation cervicale de la douleur rachidienne; cette rétraction dura de juillet 1876 à octobre 1877; l'état général, jusqu'alors intacte, ayant paru s'altérer notablement, on porta le diagnostic de mal de Pott et on localisa la lésion à une vertèbre engorgée entre les deux épaules, qui correspondait au moins au maximum d'hyperesthésie.

Enfin, en août 1877, douleurs dans les reins et les hanches; contracture des muscles des gouttières vertébrales; puis, pendant quelques heures, la malade perdit presque totalement l'usage de ses quatre membres.

Les accidents s'atténuèrent un peu; mais la douleur rachidienne persista, rendue presque intolérable par des crises d'éternuements continus. Une nouvelle et courte poussée paralytique la laissa presque incapable de se baisser et de se relever.

A deux reprises on avait pratiqué des cautérisations (potasse) à la suite desquelles les contractures de la nuque diminuèrent. L'étiévant, qui avait vu la malade, lui prescrivit un corset de fer.

Une saison à Aix, en 1878, améliora notablement la malade; mais quelques mois plus tard, la douleur vertébrale, autrefois irrégulière, lancinante, paroxystique, devint sourde, continue.

En 1879, la malade éprouva passagèrement des troubles de l'urination. De 1880 à 1883, elle ne sortit guère de son lit; puis elle commença à se lever, et le grand air, des toniques, de l'exercice et des bains achevèrent de guérir la malade, qui se trouve actuellement dans un parfait état, ne souffre plus et ne présente aucune espèce de lésion rachidienne appréciable.

OBSERVATION II

(Audry. *Lyon médical*, 24 octobre 1887)

M^{lle} X..., 25 ans, n'offre pas d'antécédents héréditaires. Scarlatine, rougeole pendant l'enfance. Etant très jeune, la malade, déjà extrêmement nerveuse, prenait de véritables crises pour les motifs les plus futiles.

Elle fut réglée à 16 ans; mais la menstruation a toujours été très irrégulière; de graves secousses morales ont achevé de développer les tendances névropathiques.

En 1878, on s'aperçut par hasard que la cuisse et la jambe droite de M^{lle} X... étaient fortement œdématisées. On pensa à une lésion phlébique; le gonflement s'accrut, mais deux séjours à Dieppe le firent en partie disparaître.

En 1882 apparurent des douleurs très intenses étendues à presque toute la région dorsale du rachis. Elles furent accompagnées de phénomènes pulmonaires aigus, soi-disant congestifs, sur lesquels nous n'avons que des renseignements vagues.

L'année suivante, les douleurs augmentent, la jambe droite se tuméfie de nouveau, la voix s'altère, l'état général devient mauvais. On diagnostique un mal de Pott, et peu après on commence d'innombrables cautérisations ponctuées dans la région douloureuse.

En juin 1884, le membre inférieur gauche et une partie du bassin furent soudainement envahis par une rougeur qui laissa, en disparaissant, un œdème considérable. En décembre, douleurs vives dans la partie gauche du thorax ; œdème au niveau de la région vertébrale douloureuse et de l'épaule droite qui devint elle-même extrêmement sensible.

Les pointes de feu sont toujours impuissantes. De loin en loin, la malade, toujours très mal réglée, a eu des évanouissements ressemblant fort à des crises d'hystérie. Un séjour au lit de six mois n'amena pas d'amélioration.

Depuis 1885, l'œdème de la jambe droite a presque disparu ; celui du membre inférieur gauche va en croissant : la jambe mesure 0,52 c. de circonférence, et la cuisse, à la portion inférieure, 0,64 c.

Si on examine le dos de la malade, outre les cicatrices des 4 ou 5.000 pointes de feu qu'elle a subies, on constate l'absence totale de toute déformation rachidienne. La colonne est très sensible à la pression, surtout dans toute l'étendue de la région dorsale et des quatre dernières cervicales. L'épaule droite est un peu sensible. La douleur est spontanée ou passagère par la pression, elle paraît se rapporter à une véritable hyperesthésie dermique plutôt que cutanée ; la forte pression ne la diminue pas.

Le membre inférieur gauche est envahi par un œdème dur, indolent, ressemblant à un éléphantiasis sans lésions épidermiques, respectant le pied si celui-ci est comprimé.

L'état général paraît bon actuellement, en dépit d'une anorexie complète. Il ne paraît pas exister de lésions viscérales.

La malade, qui semble évidemment très excitable, est découragée, et n'a pas été améliorée par une anesthésie. Il n'y a pas de boules ni d'aura. Pas de vomissements, corps thyroïde et appareil oculaire intacts. Depuis le début de sa maladie, le sujet présente un tremblement très notable des doigts, tremblement rapide, presque rythmé, à petit

rayon, analogue au tremblement du mal de Graves, mais plus prononcé.

OBSERVATION III

(Charcot. Leçons du mardi à la Salpêtrière, 18 déc. 1888)

Femme de 47 ans, autrefois paraplégie par mal de Pott; la guérison date de 20 ans. A l'époque de la ménopause, apparition d'accidents hystériques simulant un retour du mal vertébral et de la paraplégie.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels nuls ou à peu près jusqu'à l'âge de 23 ans. Quelques migraines.

Fièvre typhoïde assez grave à cet âge.

Deux ans après, début du mal de Pott et paraplégie. On l'envoie à la Salpêtrière comme incurable.

En 1870, cependant, la malade est sur pied. Elle est complètement guérie, ou, du moins, paraît complètement guérie de sa paraplégie, puisqu'elle peut remplir les fonctions de domestique à la Salpêtrière; elle fait, sans fatigue, de longues courses, et ne trouve pas son nouveau métier trop pénible.

Tout a bien été pendant une période de 19 ans (1870-1889).

Il y a quelque temps, apparaissent des douleurs vives dans le dos, autour de la base de la poitrine; les jambes sont faibles et la marche pénible. M. Charcot craint un instant, avec la malade, une récurrence du mal de Pott, et consécutivement, un retour de la compression spinale.

Les douleurs ont leur siège dans le dos, au niveau de la gibbosité et de chaque côté de la poitrine sous forme de ceinture; ces douleurs augmentent par la flexion de la tête et du tronc en avant; les jambes sont devenues raides, la marche est réellement difficile; dans les membres supérieurs, qu'elle meut cependant assez librement, une grande fatigue, un sentiment de faiblesse, d'impuissance motrice, surtout dans les mouvements d'élévation des bras, et, dans ces mouvements, les douleurs du dos et de la poitrine augmentent. Pas de troubles vésicaux. Pas de fièvre.

La malade exagère inconsciemment la faiblesse des membres infé-

rieurs; ceux-ci sont réellement un peu raides, mais la résistance des divers segments du membre aux mouvements qu'on veut lui imprimer, alors que la malade s'y oppose, n'est pas moindre qu'elle ne l'était avant le 9 décembre; de même pour le réflexe rotulien et le phénomène du pied. Par contre, en explorant la sensibilité, on constate avec étonnement l'existence d'une anesthésie cutanée complète, absolue, totale, des membres inférieurs de l'extrémité à la racine, où elle se limite, en avant, par une ligne suivant exactement le pli de l'aîne, et, en arrière, par le pli fessier inférieur.

Par conséquent, un tel examen devait dissiper les craintes que l'on pouvait avoir au sujet d'une récurrence du mal de Pott.

OBSERVATION IV

(Charcot. Leçons du mardi à la Salpêtrière, 18 déc. 1888)

Le nommé M..., 24 ans, entre le 19 septembre 1888, salle Majendré, dans le service de M. Raymond, alors absent, à l'hôpital Saint-Antoine.

Passé en novembre 1888, à la Salpêtrière, service de M. Charcot.

Antécédents héréditaires. — Père atteint d'une tumeur blanche au pied pour lequel il a subi l'amputation de la jambe. Mère vivante, un frère et deux sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — A toujours été un peu faible. Il y a 3 ans, pleurésie double ayant duré 6 mois. Porte dans l'épididyme du testicule droit une induration qui semble tuberculeuse. L'examen des voies respiratoires donne des résultats négatifs au point de vue de la tuberculose pulmonaire.

Le malade est dans un état d'anémie très prononcé. A son entrée à l'hôpital, on constate les phénomènes suivants :

Le malade marche en s'aidant d'une béquille, qu'il porte du côté droit. Le tronc est tenu raide dans la verticale, la région lombaire présentant une cambrure assez forte, les jambes traînantes, surtout la droite. Ce sont les douleurs dont il souffre, et qu'il localise dans l'épine, à la partie inférieure de la région dorsale et dans la région lombaire qui commandent cette attitude.

Ces douleurs sont très vives : elles se font sentir spontanément, et le malade les compare à la sensation que produirait une brûlure ou un vésicatoire à vif. Elles sont exaspérées, soit par la pression, soit par les moindres mouvements du tronc, et dans ces cas là sont plus fortes encore ; elles rayonnent des deux côtés du tronc, le long des fausses côtes et s'étendent en avant jusque dans les fosses iliaques, surtout dans la droite. Lorsque le malade est au lit, il lui est impossible de s'asseoir complètement. Tout ce à quoi il peut arriver, c'est, en s'aidant de la corde du lit, de soulever ses épaules, le tronc tient tout d'une pièce, mais ne s'élève pas au delà de 45 degrés.

Partout où s'étend la douleur spontanée, chez le malade, siège une hyperesthésie poussée au plus haut degré. Il n'est pas nécessaire d'exercer une pression forte sur les apophyses épineuses, sur les apophysiales, sur les gouttières vertébrales, pour provoquer une douleur très vive. Au contraire une pression légère, un simple frôlement suffisent pour arracher des cris au malade.

Cette hyperesthésie, bien qu'occupant sans doute les parties profondes, a plutôt son siège dans le tégument externe. Si on fait un pli à la peau, et que l'on comprime ce pli entre les deux doigts, cela suffit pour produire la douleur.

En outre, la pression sur ce pli cutané, ou même le frôlement superficiel, donne lieu à une sensation non seulement de douleur locale, mais à un sentiment de quelque chose qui monte du bas-ventre à l'épigastre, au cœur (palpitations), à la gorge (étouffements) et à la tête (battements dans les tempes), en somme absolument la sensation de l'aura hystérique.

La région hyperesthésiée s'étend, en arrière, sur quelques vertèbres dorsales inférieures, et sur toute la hauteur des régions lombaire et sacrée, de chaque côté, à droite et à gauche, sur les lombes, contourne les hanches, envahit en avant les hypochondres et les régions inguinales, la verge. Les régions ombilicale et hypogastrique sont intactes.

C'est à cette ceinture douloureuse que l'on doit attribuer la rigidité dans les mouvements du tronc, et la gêne marquée qu'éprouve le malade à marcher. Ce n'est pas la paraplégie qui donne lieu à cette démarche traînante, puisque la résistance des divers segments

du membre aux mouvements qu'on veut lui imprimer est énergique.

Ces douleurs rachialgiques donnèrent lieu, au début, à une erreur de diagnostic et le malade fut considéré pendant quelque temps comme atteint du mal de Pott.

Mais bientôt survinrent des attaques qui firent qu'on revint sur le diagnostic porté plus haut.

Ces attaques se sont montrées, pendant un mois environ, tous les soirs, entre six et sept heures, généralement après le repas.

Elles présentent les caractères suivants :

Au début, aura prémonitoire. Le malade éprouve une sensation particulière qui part du scrotum, remonte à l'épigastre, à la gorge (sentiment de constriction), puis surviennent des palpitations, des battements dans les tempes, et enfin la perte de connaissance au moment où commencent les convulsions.

Ces convulsions sont très violentes. Le lit a été mis plusieurs fois en pièces. Il faut chaque fois plusieurs personnes pour soutenir le malade qui pousse des cris affreux.

Hyperesthésie au froid et à la piqure, sur toute la surface du corps, principalement à droite.

Les douleurs spontanées siégeant au niveau des parties hyperesthésiées s'accroissent tous les soirs, vers l'heure de l'attaque.

Le réflexe pharyngien est affaibli à gauche; le goût très émoussé, surtout à gauche; obnubilation de l'ouïe et de l'odorat également à gauche.

Il y a un double rétrécissement du champ visuel extrêmement prononcé, et aussi manifeste à droite qu'à gauche.

Pendant le séjour à la Salpêtrière, les attaques cessent. Une certaine tendance à l'amélioration se manifeste. Le malade marche mieux, le sommeil n'est plus agité, comme jadis, par des rêves terrifiants. Enfin le malade quitte l'hôpital en février, considérablement amélioré.

OBSERVATION V

(Thomas Savill. St-Thomas's hospital reports. 1888-1889)

M. H..., 19 ans, domestique, entre à l'hôpital de Paddington, le 12 mai 1888. Trois médecins ont déjà vu la malade; ils lui ont déclaré qu'elle était atteinte de carie de la colonne vertébrale, qu'elle devait suspendre tout travail et rester étendue sur le dos. C'était une fille intelligente, désolée de se voir si malade, et qui avait, du reste, toutes sortes de motifs pour se bien porter. Elle se plaint actuellement d'une douleur vive dans la colonne vertébrale, augmentée par la pression. Faiblesse des muscles du dos; sensibilité à la pression à la partie moyenne de la région dorsale. Les apophyses épineuses de la dernière dorsale et de la première lombaire sont un peu proéminentes, il existe aussi une légère incurvation latérale. Faiblesse dans la main droite et le bras droit (dynamomètre : main droite, 20; main gauche, 40) et paralysie marquée des deux jambes, surtout de la jambe droite, qui traîne lorsque la malade essaie de marcher. Elle peut se tenir debout, mais il lui est impossible de faire un pas sans être soutenue, et, chaque tentative augmente beaucoup la douleur dorsale. Exagération du réflexe rotulien, phénomène du pied bien marqué des deux côtés, sans rigidité nulle part. Diminution de la sensibilité sur les membres supérieur et inférieur du côté droit, sur le côté droit du tronc et de la face, abolition complète par place. Aucune paralysie faciale, ni lésion d'un autre nerf crânien. La température est toujours restée normale. Sensibilité ovarienne bien marquée des deux côtés. Règles irrégulières. Le cœur et les autres viscères sont en bon état.

A l'examen des yeux, on découvrit un léger degré d'hypermétropie (+ 1,5 D. de l'œil droit, + 1 D. de l'œil gauche), mais le fond de l'œil était normal. Cependant on constate un rétrécissement marqué des champs visuels et l'examen des couleurs révèle l'existence d'une dyschromatopsie. Ainsi, outre un rétrécissement concentrique du champ visuel pour toutes les couleurs, on remarque un dérangement dans l'ordre ordinaire des champs visuels colorés, le champ visuel du bleu

étant plus petit que celui du rouge, des deux côtés, ce qui est le contraire à l'état normal. Ces phénomènes existent dans les deux yeux, mais sont plus marqués dans l'œil gauche, côté opposé à l'hémianesthésie. Ce trouble dans les cercles colorés avait disparu à un examen suivant; mais le rétrécissement du champ visuel pour la lumière blanche existait encore au mois de février 1889.

La maladie de cette femme a commencé presque subitement, quatre semaines avant son entrée, par une douleur dans le dos. La fatigue vint ensuite et elle gardait le lit depuis une semaine environ. Aucune relation nette de traumatisme; cependant la malade pensait avoir reçu un coup autrefois. Elle a eu les maladies ordinaires de la jeunesse; de plus, quelques convulsions, des attaques passagères de faiblesse tout le long du côté droit; mais elle n'a jamais été alitée jusque-là. Sa mère était facile à émouvoir, son père rhumatisant et excitable; mais il n'y a aucun autre point important à noter dans les antécédents.

Ce cas avait été regardé, à première vue, comme une maladie de la colonne vertébrale, car il présentait les principaux symptômes de cette affection : douleur, sensibilité, déformation de la colonne et impossibilité de marcher. Cependant la douleur et la sensibilité étaient trop généralement répandues tout le long du rachis, un léger frôlement produisait autant de douleur qu'une pression profonde; et la déformation de la colonne existait surtout dans le sens latéral.....

..... La dyschromatopsie et l'hémianesthésie établirent clairement le diagnostic.

On sépara donc complètement la malade de ses parents et de ses amis; on la soumit à un régime réconfortant, et on lui donna chaque matin une douche froide. Elle prit aussi des pilules contenant du sulfate de fer, du valérienat de zinc, de l'aloès, de la noix vomique, et on lui fit quelques électrisations. Au bout d'une semaine, la paralysie et l'anesthésie avaient complètement disparu et les douleurs étaient très diminuées. Il restait encore une sensibilité générale et une faiblesse dans la colonne vertébrale. On fit alors exécuter à la malade des exercices de gymnastique, on continua l'isolement, et, au bout d'un mois, elle retourna à son travail. Depuis, elle est restée en bonne santé. Elle présente encore un rétrécissement du champ visuel (octobre 1889).

OBSERVATION VI

(Thomas Savill. St-Thomas's hospital reports. 1888-1889)

La malade, nommée A. B..., est âgée de 27 ans. Il y a eu quelques cas de phtisie dans sa famille; mais il n'est aucunement question de convulsions ou de quelque autre affection nerveuse. A l'âge de six ans, elle était sujette aux évanouissements et aux attaques de nerfs; plus tard elle a souffert de troubles nerveux de différentes sortes, pour lesquels elle fut admise dans divers hôpitaux. Ces attaques, dont elle ne se rappelle que les trois dernières, consistaient en perte de connaissance avec engourdissement de tout un côté. Maux de gorge fréquents et souvent extinction de voix; une fois même, aphonie complète pendant trois mois. Par deux fois, crachement de sang, mais en petite quantité. Quinze mois avant son entrée à l'hôpital, la malade est tombée dans un escalier et a toujours éprouvé depuis une douleur plus ou moins vive et une sensation de faiblesse à la région dorsale; elle continua cependant à faire son service de femme de chambre jusqu'aux derniers jours qui ont précédé son entrée. Les règles étaient très irrégulières.

Pour condenser l'observation de ce cas, qui comprend une durée de deux ans, on peut le résumer en trois périodes :

1^o La malade fut d'abord admise à l'hôpital de Paddington, en janvier 1887, pour un violent mal de gorge (amygdalite et pharyngite). Les poumons et les autres viscères étaient dans leur état normal, et, on peut noter de suite qu'ils sont toujours restés sains ;

2^o La convalescence de cette amygdalite fut un peu longue. Cependant, la malade se levait, quand, en mars 1887, deux mois après son entrée, on remarqua de la raideur dans les muscles du cou. Ce symptôme augmenta et fut bientôt suivi de douleur et d'hyperesthésie au niveau des cinquième et sixième vertèbres cervicales. Cette douleur était augmentée par la pression sur le sommet de la tête et par les mouvements. Un autre point sensible apparut au niveau de la troisième dorsale. On fit alors coucher la malade sur le dos et sur une surface plane. Cependant, la douleur rachidienne et l'hyperesthésie persistèrent. Cette dou-

leur changeait un peu de place de temps en temps ; mais elle exista à un degré plus ou moins fort pendant toute la durée de notre observation, c'est-à-dire près de deux ans.

En mai 1887, la malade cracha une petite quantité de sang. Ce sang vint sans effort et apparemment du fond de la gorge. Il n'y avait alors aucun signe aux poumons. Peu après elle rendit, deux ou trois fois, de petites quantités de pus provenant de la même source, et se trouva mieux après ces évacuations. On ne remarqua aucun gonflement rétro-pharyngien ; mais cependant la malade avait eu parfois quelque difficulté pour avaler. A part cela, rien de nouveau ne se produisit et la malade resta couchée presque toujours sur le dos et bien souvent avec un sac de sable de chaque côté du cou. En septembre 1887, l'affaiblissement et l'amaigrissement étaient considérables ; il n'y avait pourtant aucune paralysie, aucune perte de sensibilité ni dans les bras ni dans les jambes. Vers cette époque apparut une rigidité passagère des deux membres inférieurs avec une exagération des réflexes et de l'excitabilité musculaire dans les bras et les jambes. Cet état persista et existe encore aujourd'hui à un certain degré.

Ainsi la maladie s'aggravait tous les jours, et était regardée comme un mal de Pott suivant une marche tout à fait chronique, contre lequel le repos et le temps seuls pouvaient quelque chose. Parmi les symptômes observés pendant l'année suivante (septembre 1887 à 1888), on remarqua de temps en temps de l'aphonie, bien que l'examen du larynx ne révélât aucune lésion ; de la sensibilité dans la région inguinale des deux côtés ; de la rétention d'urine une ou deux fois, mais jamais d'incontinence ; une céphalagie intense et persistante. Durant toute cette période la température dépassa rarement la normale. L'amaigrissement augmentait de plus en plus, donnant lieu à une apparence de gibbosité, surtout à la région cervicale. Dès lors, vers la fin de 1888 on lui appliqua un corset de Sayre.

Au mois de septembre de la même année, deux nouveaux symptômes apparurent : un strabisme interne passager et une diplopie monoculaire. Ces symptômes firent naître les premiers doutes sur l'exactitude du diagnostic primitif.

En octobre 1888, la malade eut une violente attaque de nerfs ; une

autre en février 1889, dans laquelle elle poussa des cris, fit des scènes de violence et menaça de se suicider. Elle faisait le tour de la salle d'hôpital un tisonnier à la main. Son agitation devint telle qu'on fut obligé de la faire passer dans un service d'aliénés. La raison lui revint bientôt et elle rentra dans la salle le 9 février 1889.

A son retour, la douleur et l'hyperesthésie existaient encore, l'amaigrissement était extrême. La douleur n'était nullement proportionnée à la force de la percussion sur les apophyses épineuses; de plus, elle était diffuse tout le long de la colonne vertébrale. A cette époque il y avait très peu de rigidité. Hyperesthésie sur tout le côté droit du corps, douleur à la pression de l'ovaire très marquée des deux côtés et diminution du champ visuel moins considérable cependant que la première fois. Tout cela suffisait bien pour justifier un autre traitement. Dès lors l'appareil fut enlevé; on isola la malade, on lui ordonna de se lever et on la soumit à un régime réconfortant. On lui fit du massage de tous les muscles du dos. Pendant le premier mois elle gagna huit livres, et elle peut maintenant (avril 1889) cirer le plancher de la salle sans inconvénient. La douleur et la sensibilité de la colonne vertébrale persistent encore avec une intensité beaucoup moindre; mais elle se porte très bien de toute façon. La prééminence apparente des apophyses épineuses disparaît à mesure que les muscles des gouttières vertébrales reprennent leur volume normal.

OBSERVATION VII

(Reckitt. The Lancet, 15 janvier 1881, T. I., p. 401)

Alice D..., âgée de 22 ans, femme de chambre, s'est présentée pour la première fois le 20 mai 1878. Deux ans auparavant, elle avait reçu, en tombant, un coup à la région dorsale. Elle avait toujours joui jusque-là d'une excellente santé. Elle fut soignée chez elle tout d'abord et garda le lit. Elle avait conservé toutes les apparences d'une santé parfaite, mais présentait cependant une certaine expression de mélancolie. Elle avait été traitée ainsi chez elle et dans un hôpital pour ce qu'elle appelait une maladie de la moëlle épinière. On lui avait appliqué des

vésicatoires sur la colonne vertébrale, puis diverses pommades, et enfin on lui avait fait prendre des béquilles ; le tout sans résultat. On soupçonna dès lors qu'il s'agissait d'une affection hystérique ; on interrogea la malade à ce point de vue. Elle déclara qu'elle avait des douleurs un peu partout et jusqu'à l'extrémité des doigts. Elle n'avait pas pu marcher pendant plusieurs mois ; mais avait toujours conservé un assez bon appétit. Elle dormait mal et avait souvent des maux de tête violents. Sa mère, très compatissante, s'apitoyait sans cesse sur son sort et la plaignait beaucoup. On se détermina alors à faire des applications avec le cautère actuel et on affirma à la malade qu'elle marcherait dans deux mois.

Le 25 mai on fit six applications de haut en bas, trois de chaque côté dans les gouttières vertébrales, en commençant au niveau dans la région dorsale. La malade ressentit une grande douleur et faillit s'évanouir. Il fut décidé qu'on recommencerait au bout de huit jours, s'il n'y avait aucune contre-indication.

Le 2 juin la malade était très déprimée, elle redoutait beaucoup une nouvelle application. On attendit huit jours. La semaine suivante, on fit six applications de chaque côté de la colonne, et au-dessous des précédentes. On lui ordonna de se lever.

Le 16 juin, la malade se sentit un peu mieux ; elle avait encore quelque douleur et de la céphalalgie. On lui fit faire quelques pas en la soutenant.

Le 23 juin, elle déclara qu'elle constatait une lente amélioration dans son état. On lui dit qu'il serait probablement nécessaire de faire une nouvelle application de pointes de feu.

Le 7 juillet, elle descendit quelques marches et marcha un peu en étant soutenue.

Le 20 août, elle se présenta à l'hôpital. Elle avait parcouru une distance d'environ 600 mètres avec l'aide de sa sœur. Elle était beaucoup mieux et marchait facilement.

Le 30 août, l'amélioration était telle que la malade se trouvait complètement guérie.

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance de M. le professeur-agrégé Weill)

J. D..., 14 ans, entrée à l'hôpital de la Charité le 19 novembre 1893.

Mère morte d'une lésion cardiaque, père en bonne santé. Deux frères et une sœur bien portants, la malade n'en a jamais perdu.

Coqueluche à 2 ans, rougeole à trois. Depuis, la malade s'est toujours bien portée; elle n'est pas encore réglée.

A son entrée à l'hôpital, dothientérie qui a duré 28 jours. Pendant cette maladie, pas de manifestations nerveuses; ni délire, ni ataxie, ni adynamie, pas de convulsions, pas de crises.

Au moment de la convalescence (25 décembre 1893), la malade se plaint d'une douleur siégeant au niveau de la crête iliaque droite, un peu en arrière, dans un espace assez limité. La douleur n'est pas continue, survient seulement au moment de la marche ou quand la malade fait des mouvements un peu brusques dans son lit. C'est une douleur constrictive et jamais lancinante, sans aucune irradiation dans la fesse ou le membre inférieur droit. Pas de gonflement au niveau de la région douloureuse. Pas de douleur dans les muscles à la pression. Pas d'ovaralgie. En cherchant les points de Valleix, on ne trouve qu'un point douloureux à la pression au niveau de la grande échancrure sciatique. Dans la station debout, au repos, l'attitude de la malade est la suivante : le corps repose sur le membre inférieur gauche, le membre inférieur droit est en flexion légère, le pied droit reposant un peu en avant du pied gauche et en équerre. Pas d'abaissement du pli fessier, l'épine iliaque du côté sain est un peu abaissée. Courbure vertébrale lombosacrée à concavité tournée du côté sain avec courbure de compensation de la région dorsale à concavité tournée du côté malade. Pas de signe de Lasègue. Pendant la marche, le pied droit est nettement en équerre. La démarche est un peu raide sans claudication.

Un mois plus tard (27 janvier 1894), la malade a des douleurs très vives, lancinantes, qui se produisent dans les reins, dans les hanches, autour de la taille et jusque dans les cuisses et les jambes; elles sont

presque continues. Elle accuse souvent des crampes. Les mouvements spontanés sont très difficiles, elle immobilise sa colonne vertébrale. On ne constate cependant pas de douleur à la pression au niveau des lombes.

27 février. — Depuis le début, il y a eu des périodes de rémission très courtes. Douleurs en ceinture, irradiations douloureuses survenant plusieurs fois par jour.

Démarche avec renversement du tronc en arrière, raideur de la colonne vertébrale. Elle ne peut pas se baisser. Un point douloureux à la partie inférieure de la région lombaire. La douleur prédomine à gauche. On trouve de la douleur dans l'échancrure sciatique.

Lordose de la région dorso-lombaire très marquée. Une ligne tombant de la partie supérieure de la colonne ne touche pas la fesse et aboutit en dehors de la base de sustentation. Le signe de Lasègue existe du côté droit. Pas d'exagération des réflexes.

Sensibilité intacte, la force est conservée.

9 avril 1894. — Depuis une quinzaine de jours les douleurs ont totalement disparu. La marche se fait sans difficulté; elle a toujours la colonne vertébrale raidie dans la station debout. Le point douloureux à la pression à la partie inférieure de la région lombaire a disparu.

Un examen attentif permet de dire qu'il n'y a pas de stigmates d'hystérie, pas de troubles de la sensibilité, pas de crises de nerfs, pas de troubles de la miction.

30 novembre 1894. — La malade examinée ce jour, c'est-à-dire huit mois après sa sortie de l'hôpital, se présente dans l'état suivant :

De temps en temps, douleurs dans le dos, qui rayonnent jusqu'aux flancs et persistent durant quelques heures. La malade reste ensuite plusieurs jours sans ressentir aucune souffrance. C'est une douleur constrictive. La flexibilité du tronc est parfaite, ni gibbosité, ni douleur par la flexion. La démarche est un peu raide; mais la malade déclare s'être toujours tenue ainsi. Aucune impotence, la malade marche et court comme ses compagnes. Elle exerce le métier de lingère dans l'orphelinat où elle se trouve, elle fait assez souvent le ménage et passe toutes ses journées debout sans éprouver aucune fatigue.

Pas d'ovarie, pas de trouble de sensibilité. L'état général est très bon.

OBSERVATION IX

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Poncet)

Mal de Pott hystérique de la région cervicale. — Guérison remontant à 42 ans.

Au mois de mai 1882, entrainé à la Croix-Rousse, dans le service de M. Poncet, salle Sainte-Catherine, une jeune fille de 19 ans, L. B..., qui présentait absolument tous les signes d'un mal de Pott cervical supérieur. La malade, indemne de toute tare tuberculeuse, faisait remonter à deux ou trois mois le début de la douleur et de la gêne fonctionnelle du cou. Malgré divers traitements employés, son état s'était progressivement aggravé, et lorsqu'elle entra dans le service de M. Poncet elle offrait les signes classiques du mal vertébral supérieur. Elle ne pouvait faire aucun mouvement avec la tête qui était maintenue fixe, immobile, par la contracture des muscles de la nuque. Les mouvements communiqués étaient également impossibles. La pression était particulièrement douloureuse au niveau de l'articulation atloïdo-axoïdienne et aussi au niveau des apophyses épineuses des vertèbres cervicales sous-jacentes. Il semblait, en outre, que l'on constatait un certain degré d'empâtement à la partie supérieure de la nuque. Cet empâtement pouvait être attribué, soit à un gonflement relevant de la lésion elle-même, soit encore à l'application de teinture d'iode, de révulsifs, de vésicatoires, qui avaient été appliqués *loco dolenti*.

M. Poncet, dont l'attention n'avait pas encore été appelée sur la variété de mal de Pott hystérique que nous décrivons, porta naturellement le diagnostic de tuberculose vertébrale. Il fit appliquer une minerve à cette malade et, plusieurs fois, pratiqua sur la région cervicale des pointes de feu. L'état général de L. B... était satisfaisant. Il s'agissait, comme nous l'avons dit, d'une jeune fille très brune, dans les antécédents de laquelle on n'avait relevé aucune particularité pathologique.

La malade était en traitement dans le service, lorsque M. Poncet fit, pendant les vacances, une absence de quelques mois qu'il passa en

Amérique. A son retour, au mois d'octobre 1892, il demanda des nouvelles de la malade et recueillit, non sans étonnement, les renseignements que voici : peu de temps après son départ, vers les onze heures, minuit, elle appela la veilleuse du service, elle lui raconta qu'elle venait d'avoir une apparition et qu'elle était complètement guérie.

Le lendemain matin, son récit fut traité de folie par la religieuse du service, qui, l'observant depuis plusieurs semaines, avait noté chez elle un certain degré d'exaltation. Quoiqu'il en fut, elle était en effet guérie ; elle exécutait avec le cou et la tête tous les mouvements et n'accusait plus aucune douleur, soit à la pression, soit pendant les mouvements. L. B... quitta le service le surlendemain, et sa guérison instantanée s'ébruita bientôt non seulement à l'hôpital, mais dans toute la ville. Tandis que tout le personnel hospitalier, qui avait été en contact avec elle pendant longtemps, n'accordait aucune créance à ses paroles, une légende s'établissait bientôt au dehors, où elle passait pour avoir été guérie miraculeusement.

Au mois de janvier 1893, M. Poncet examina chez lui cette jeune fille ; elle était venue lui demander un certificat attestant sa maladie antérieure et sa guérison. Il put alors constater qu'il ne restait plus aucune trace de contracture des muscles de la nuque, ni sensation douloureuse produite par la pression ou les mouvements. En un mot, cette jeune fille était radicalement guérie. Pendant longtemps son histoire a préoccupé l'opinion publique ; depuis lors, le silence s'est fait sur cette guérison et à l'hôpital de la Croix-Rousse, où nous nous sommes rendu pour avoir des renseignements sur L. B..., nous n'avons recueilli aucun fait nouveau digne d'intérêt.

OBSERVATION X

(due à l'obligeance de M. le professeur Poncet)

M^{lle} A. F..., âgée de 13 ans, est amenée par sa mère dans le cabinet de M. Poncet, le 26 novembre 1890. L'enfant est pâle, amaigrie, non réglée. Au dire de sa mère elle est très nerveuse, particulièrement impressionnable. Depuis 15 à 20 jours, elle se plaint d'une douleur dans

les reins, qu'augmentent la marche et les mouvements de la colonne vertébrale. A l'examen de la région, M. Poncet ne remarque aucune déformation du côté de la colonne vertébrale; mais la pression est douloureuse à l'union de la 12^{me} dorsale et de la 1^{re} lombaire. Les mouvements de flexion du tronc sont douloureux et s'exécutent difficilement. Depuis 5 à 6 mois, d'après les renseignements donnés, l'enfant aurait beaucoup grandi. Le diagnostic posé par M. Poncet fut celui de mal de Pott probable, tout en faisant des réserves sur la possibilité d'une ostéalgie de croissance accrue par le nervosisme de la petite malade. Il conseilla un traitement général avec de la révulsion locale et une immobilité relative. L'enfant fut pesée le lendemain de cette consultation, son poids était de 43 kilos 500. Elle fut ramenée à M. Poncet le 21 décembre de la même année, environ un mois après. A ce moment, il n'existait plus aucune douleur à la pression, plus de gêne dans les mouvements; l'état général était excellent, l'enfant avait augmenté de 1,500 grammes et pesait alors 45 kilos.

OBSERVATION XI

(Boston médical and surgical journal, 14 octobre 1886)

Une femme d'environ 30 à 35 ans, en traitement dans un service de chirurgie depuis 4 ou 5 semaines, sans amélioration, fut envoyée au Dr Morton Prince. Elle se plaignait d'une grande douleur siégeant à la partie postérieure du cou et remontant de chaque côté de la tête et vers la région de l'occiput. Les muscles du cou étaient raides et la tête fixée. Grande sensibilité au niveau des vertèbres cervicales; le moindre choc sur le sommet de la tête, le moindre mouvement causent une douleur très vive. On avait pensé auparavant à une carie vertébrale, surtout à cause de l'état général de la femme qui est très anémique et très débilitée. Son expression indique un état de souffrance prolongé. Il existe un engorgement des ganglions sous-maxillaires. Douleur au niveau des 4^{me} et 5^{me} dorsales.

La malade guérit presque subitement à la suite d'un vésicatoire sur la région dorsale du rachis et son affection ne reparut pas.

CHAPITRE III^e

Etiologie. — Symptômes. — Anatomie pathologique

CHAPITRE III

Etiologie — Symptômes — Anatomie pathologique

1° ETIOLOGIE

Comme toute autre maladie, le mal de Pott hystérique doit avoir ses causes prédisposantes et ses causes déterminantes. Ici les premières semblent jouer un rôle assez important si on considère seulement les antécédents personnels des malades. Nous devrions trouver aussi pour ce complexe symptomatique la même prédisposition que celle que l'on rencontre d'une façon générale dans l'hystérie où l'hérédité est le plus souvent manifeste. Georget, Briquet, Charcot, Pitre déclarent que tous les hystériques comptent dans leurs ascendants directs ou collatéraux des sujets atteints de troubles plus ou moins sérieux du système nerveux : ce sont tous des héréditaires. Pourtant toute trace d'hérédité manque presque ici. L'observation V, seule, nous indique quel-

que chose à ce point de vue : « La malade avait une mère facile à émouvoir, un père rhumatisant et excitable ». Pour les autres, il n'est fait mention d'aucun antécédent nerveux. L'une a présenté dans sa famille quelques cas de phtisie, l'autre a eu un père atteint d'une tumeur blanche du genou ; c'est-à-dire des affections qui font penser plutôt à de la tuberculose qu'à de l'hystérie, aussi bien chez la femme de l'observation VI que chez le jeune homme dont Charcot nous rapporte l'histoire.

Une manifestation hystérique chez un homme paraît au premier abord un peu extraordinaire, car il y a peu de temps que l'hystérie mâle est connue et bien étudiée. Parmi nos observations, nous en avons une relative à un jeune garçon de 24 ans. Ce simple fait ne permet pas de signaler une influence quelconque du sexe sur le développement de l'affection que nous étudions. La coxalgie hystérique était regardée autrefois comme une maladie essentiellement spéciale à la femme ; aujourd'hui on la rencontre chez l'homme : il en sera de même, sans doute, du pseudo-mal de Pott hystérique.

L'âge ne paraît pas non plus avoir une influence marquée. Une de nos malades a été atteinte à 14 ans ; cinq autres ont de 19 à 25 ans ; quatre ont vu leur maladie débiter après 30 ans. Ce syndrome se rencontre également chez l'enfant, puisque Grancher nous en cite un cas chez une petite fille de 3 ans et demi.

Ainsi nous ne trouvons aucune prédisposition dans les antécédents héréditaires ; ils éloignent plutôt parfois l'idée d'un trouble nerveux pour éveiller celle d'une lésion organique.

Si on examine maintenant les antécédents personnels, on retrouvera chez plusieurs de nos malades une tare nerveuse plus ou moins apparente; le plus souvent cependant presque rien. Chez l'une on note une expression de mélancolie, chez l'autre des migraines, de la céphalée. Deux seulement présentent des symptômes plus nets : quelques convulsions dans l'enfance, des attaques de faiblesse, des évanouissements fréquents. Cela suffit cependant pour indiquer quelques tendances névropathiques

Pour les causes occasionnelles, il est possible de diviser nos observations en quatre groupes. Chez trois malades nous trouvons des causes d'ordre psychique, ce qui, du reste, est assez fréquent dans les manifestations hystériques. L'une a vu sa maladie débiter à la suite « de grandes secousses morales »; le début a été lent cependant, puisque ce n'est qu'au bout de quatre ans que la douleur rachidienne s'est établie définitivement. L'autre a eu déjà une première atteinte de mal de Pott vrai, dont il lui reste une gibbosité marquée, son attention était donc portée de ce côté et il existait chez elle une crainte vive de voir se renouveler la lésion. C'est à la suite d'une profonde déception que le jeune malade de Charcot a commencé à souffrir. Trois fois un traumatisme léger a précédé d'assez loin le pseudo-mal de Pott, mais les malades n'y ont attaché que peu d'importance. Dans deux cas nous ne trouvons aucune raison déterminant l'apparition des symptômes. Deux cas se sont produits à la suite de maladies infectieuses; dans l'un il s'agit d'une amygdalite avec abcès, qui a été très longue à guérir; dans l'autre, d'une fièvre typhoïde

grave. Il est difficile de ne pas admettre alors une certaine influence de l'infection sur le système nerveux, influence qui se traduirait précisément par les phénomènes que l'on constate du côté de la colonne vertébrale.

En résumé, il n'y a rien de bien net dans l'étiologie du pseudo-mal de Pott hystérique, ou, pour mieux dire, l'affection n'a pas une étiologie propre. On y rencontre les causes occasionnelles de l'hystérie, émotions morales vives, traumatismes. La contagion par imitation pourrait sans doute exister également, puisqu'on la trouve même pour des cas de lésion tuberculeuse de la hanche. Paget cite l'exemple remarquable d'une jeune fille qui, ayant un frère atteint d'arthrite suppurée de l'articulation coxo-fémorale, présenta elle-même une coxalgie hystérique. Un seul fait important reste à noter, c'est qu'on trouve assez souvent, dans les antécédents personnels des malades, des tendances névropathiques.

2° SYMPTOMES

Le début du pseudo-mal de Pott peut être brusque : une malade fait un faux mouvement en levant les bras et ressent aussitôt une violente douleur du côté du rachis. Dans d'autres cas, on ne signale pas cette apparition soudaine. La malade a fait une chute autrefois ; elle n'attribue pas grande importance à cet accident, mais se plaint cependant de souffrir dans le dos depuis cette époque. Cela dure pendant deux ou trois ans et on ne peut savoir à quelle date précise est apparu le symptôme. De plus la souffrance n'est pas continue ; il y a des

rémissions de plusieurs jours ; elle se montre d'une façon très irrégulière.

La douleur, une fois établie, présente certains caractères spéciaux. Elle est en général très vive et on peut la comparer à la sensation que produirait une brûlure ou un vésicatoire à vif. Elle est spontanée et persistante. Elle siège sur un point quelconque de la colonne vertébrale tantôt à la région cervicale, tantôt à la région dorsale ou même à la région lombaire. Elle est rarement limitée à une ou à deux ou trois apophyses épineuses, elle s'étend le plus ordinairement sur plusieurs vertèbres, cinq ou six, quelquefois même elle occupe en entier les régions dorsale ou cervicale. Parfois elle existe en deux points différents chez le même sujet : ainsi dans un cas, sur la colonne cervicale et sur les 4^{me} et 5^{me} dorsales, dans l'autre sur les 5^{me} et 6^e cervicales et sur la troisième dorsale en même temps.

Cette douleur est exagérée par les plus petits mouvements, soit volontaires, soit spontanés. Si la maladie siège à la région cervicale, la malade ne peut remuer la tête sans ressentir une vive douleur. Si c'est à la région dorsale, la flexion du corps en avant est devenue impossible, les mouvements de latéralité du tronc sont également douloureux.

La pression sur la région atteinte provoque une douleur vive ; et un léger attouchement produit souvent un effet aussi intense qu'une pression forte. Parfois même on occasionne une souffrance très grande en faisant un pli à la peau et en le pinçant entre les doigts. Dans un des cas observés, la pression un peu prolongée sur le point douloureux provoque une sensation très

désagréable, ayant beaucoup de rapport avec l'aura hystérique. La pression à distance est bien souvent sans effet; on ne provoque rien en appuyant fortement sur les épaules. Chez deux de nos malades dont la lésion apparente siège à la région cervicale, la pression sur le sommet de la tête donne lieu à une vive douleur.

Nous avons vu que la colonne vertébrale a perdu sa mobilité habituelle. Cela est dû aux contractures musculaires qui existent dans tous les cas.

Quelle que soit la durée de l'affection, on ne constate pas de déformation importante. Chez deux malades pourtant, quelques vertèbres sont proéminentes par suite de l'amaigrissement et de l'affaissement des masses musculaires occupant les gouttières vertébrales.

Le malade en général se tient raide, le tronc renversé en arrière et conserve cette attitude pendant la marche. Cette dernière présente parfois quelques caractères particuliers que nous retrouverons dans un instant, en étudiant les phénomènes à distance dans les membres inférieurs.

Comme dans le mal de Pott vrai, la douleur du rachis présente des irradiations dans des directions différentes. Le plus souvent la propagation se fait vers la base de la poitrine, c'est une douleur constrictive, en ceinture. Elle peut s'étendre sur les côtés du tronc, le long des fausses côtes et en avant jusque dans les fosses iliaques. Dans un cas, on l'a vue envahir jusqu'à la région inguinale et la verge, tandis que les régions ombilicale et épigastrique restaient intactes. Des douleurs spontanées peuvent siéger également en d'autres points. Une malade accuse des sensations douloureuses dans les

reins, se propageant dans la hanche et les cuisses, avec des crampes de temps en temps dans les membres inférieurs. Une autre se plaint de souffrir au niveau de l'épaule gauche.

Il existe également des troubles de sensibilité; ce n'est pas cependant un symptôme constant, il n'est pas commun à tous les cas que nous rapportons : on ne le rencontre que quatre fois seulement. Il s'agit d'une diminution de sensibilité sur tout un côté du corps, ou encore d'une anesthésie cutanée complète et totale des membres inférieurs, limitée très exactement en avant au pli de l'aîne, en arrière au pli fessier. De même une hyperesthésie marquée se trouve dans un cas sur tous les points où siège la douleur spontanée. Ainsi l'anesthésie cutanée ne semble pas avoir une répartition exactement en rapport avec la localisation rachidienne.

L'étude de la motilité est plus importante. Presque tous les malades se plaignent d'une sensation de faiblesse, d'un sentiment d'impuissance motrice. Quelques-uns ont une véritable paraplégie et ne peuvent se tenir debout sans être soutenus. Le malade de l'observation IV est arrivé dans la salle d'hôpital en marchant avec peine, appuyé sur deux béquilles et traînant la jambe droite. La femme qui fait l'objet de l'observation VII a marché pendant longtemps elle aussi en faisant usage de béquilles. Une autre n'avancait qu'en traînant ses pieds sans pouvoir pour ainsi dire les détacher du sol. On a remarqué dans ces cas, cependant, que la résistance des divers segments du membre était normale. Des phénomènes analogues peuvent porter sur les membres supérieurs. Ici on a une diminution marquée de la force

du bras droit, révélée par un examen au dynamomètre. Là les mouvements d'élévation des bras sont presque impossibles et provoquent une exagération de la douleur siégeant autour du thorax. A côté de ces troubles permanents, on en rencontre de transitoires. Ils sont plus rares. Une seule de nos malades a perdu une fois, pendant quelques heures seulement, l'usage de ses quatre membres. On peut donc dire d'une façon générale qu'il existe des troubles de motilité dans les membres inférieurs consistant en un affaiblissement qui peut aller jusqu'à la paraplégie complète.

Malgré cela, on ne trouve pas une modification nette des réflexes. Ils sont normaux la plupart du temps et une augmentation du réflexe rotulien ou de la trépidation épileptoïde du pied existe à peine dans la moitié des cas.

Il est rare également de constater l'existence de troubles trophiques : on n'a observé jusqu'ici que des œdèmes. Une des malades a été particulièrement atteinte à ce point de vue. Un œdème de tout le membre inférieur droit a persisté pendant deux ans avant l'apparition des premiers symptômes douloureux de la colonne vertébrale et s'est reproduit deux fois depuis ; il était très marqué, surtout à la seconde attaque. Dans deux autres cas, on trouve aussi un œdème de la jambe gauche et de la région rachidienne malade.

Des maux de tête violents et persistants existent assez fréquemment ; nous les avons rencontrés quatre fois d'une façon très nette. Du côté des différents appareils, on peut dire que la lésion n'a pas de retentissement marqué. Deux fois on trouve des troubles passagers de la miction, de la rétention d'urine. Un malade a pré-

senté des phénomènes pulmonaires soit disant congestifs au début de ses douleurs rachidiennes, mais les renseignements qu'on a, à ce sujet, sont très vagues. L'état des différents viscères, estomac, cœur, poumon, reste normal pendant toute la durée de l'affection. Il n'en est pas toujours de même de l'état général. Une anémie même très marquée est un fait assez commun. Chez une malade, l'amaigrissement était considérable.

On n'a pas noté d'élévation de température.

A côté de ces symptômes qui résument le tableau clinique du pseudo mal de Pott, nous placerons différents phénomènes rencontrés chez nos malades et qui ne sont autres que des manifestations hystériques bien caractéristiques. C'est, du reste, la découverte de ces signes qui a fait réformer un diagnostic de maladie organique du rachis, porté par les médecins appelés les premiers à donner leurs soins à ces malades. Il s'agit, chez plusieurs, d'un rétrécissement marqué du champ visuel pour la lumière blanche et les couleurs, de diplopie, etc. ; chez d'autres, d'une aphonie passagère, de crises d'éternuements, de tremblement rapide presque rythmé des doigts avec des oscillations de très petite amplitude ; enfin, chez le malade de Charcot, d'attaques de nerfs présentant d'une façon indubitable tous les caractères de la crise d'hystérie.

Nous n'indiquons pas, bien entendu, ces signes comme appartenant à la symptomatologie du pseudo mal de Pott, puisque ce sont, en réalité, des manifestations hystériques d'un autre genre. Mais, si on les rencontre en même temps que la localisation rachidienne, ils serviront à éclairer le clinicien sur la nature nerveuse de l'affection qu'il a sous les yeux.

3° ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

Parler d'anatomie pathologique à propos d'une manifestation hystérique, c'est-à-dire d'une névrose, d'une affection « *sine materiâ* », paraît, au premier abord, un fait contradictoire. Il est vrai que nous ne nous étendrons pas sur ce sujet; nous chercherons simplement à rendre compte des phénomènes qui se passent du côté du rachis, en les comparant avec ce que nous savons des arthrites coxo-fémorales de même origine.

Dans la coxalgie hystérique, le sommeil chloroformique fait complètement disparaître le mal; l'articulation redevient absolument libre. On ne sent ni craquements articulaires, ni résistance à l'exécution de tous les différents mouvements : il n'y a donc aucune lésion anatomique. Un examen direct a permis plusieurs fois de reconnaître l'intégrité des surfaces articulaires. Brodie cite trois cas d'arthralgie du genou opérées et dans lesquelles on constate que l'articulation est parfaitement saine. Herbert Mayo fait la même constatation à la suite de la désarticulation du genou d'abord, et de la hanche ensuite, chez une malade qui avait successivement présenté de la gonialgie et de la coxalgie hystériques. Georget a pu faire l'autopsie d'une femme atteinte d'une arthrite coxo-fémorale depuis cinq ans, et morte d'une maladie intercurrente : les surfaces articulaires étaient intactes.

Cependant, lorsque la maladie a persisté durant de longues années, on peut trouver des altérations légères dues, sans doute, autant au fait d'une immobilisation prolongée

qu'à l'état pathologique lui-même. Une femme avait une coxalgie hystérique bien diagnostiquée depuis cinq ans, lorsque Brown-Séquard constate, pendant l'anesthésie chloroformique, l'existence de quelques craquements qu'il attribue à un trouble de nutrition par lésion nerveuse. Boeckel a pratiqué une désarticulation de la hanche qui lui a permis de voir une atrophie très marquée des os et du cartilage avec dégénérescence graisseuse. Ainsi, la plupart du temps, il n'y a aucune lésion anatomique, il doit en être de même du côté du rachis, mais il est permis de supposer également qu'à la suite d'un pseudo mal de Pott d'une durée très longue, on rencontrerait cet état atrophique des os et cette dégénérescence graisseuse signalés par Boeckel.

Le squelette ne joue donc, pour ainsi dire, aucun rôle dans une manifestation hystérique et l'impotence provient, à la hanche par exemple, de la contracture musculaire. Briquet attribuait aux muscles un rôle prédominant dans ces sortes d'affection : « Les muscles, dit-il, sont certainement, de tous les organes de l'économie, ceux qui sont l'aboutissant le plus fréquent des troubles hystériques, c'est sur eux que se passent le plus grand nombre des manifestations de la névrose, c'est sur les muscles que se produisent les convulsions, les anesthésies, les paralysies et la plus grande partie des troubles hystériques. Les muscles chez les hystériques sont continuellement influencés, soit dans leur sensibilité, soit dans leur contractilité. » Ainsi, tous les phénomènes douloureux, pour cet auteur, peuvent être ramenés à de la myosalgie. Dans une coxalgie, la contracture musculaire est évidente, et il existe en même temps de l'hyperes-

thésie purement cutanée. Si on fait un pli à la peau et qu'on serre ce pli entre les doigts, le malade ressent une vive douleur et ses muscles pourtant ne sont pas mis en jeu. Il existe une hyperesthésie cutanée manifeste plutôt que de l'hyperesthésie musculaire. Pour Gilles de la Tourette, les muscles fonctionnels de l'articulation atteinte sont contracturés, la sensibilité morbide siège dans l'enveloppe cutanée et l'hyperesthésie est superposée à la fonction : un excès de sensibilité au niveau de l'œil sera superposé au muscle orbiculaire des paupières ; dans un torticolis hystérique, l'hyperesthésie existe sur le sterno-cléido-mastoïdien. A la colonne vertébrale, nous aurons de même de la contracture des muscles des gouttières pour immobiliser les différentes vertèbres sur lesquelles porte l'affection, et, superposée à cette contracture, une hyperesthésie marquée siégeant très probablement dans la peau.

Dans ces arthralgies hystériques on rencontre parfois une atrophie des muscles du membre. Au membre inférieur par exemple, on a vu de l'atrophie musculaire disséminée dans la jambe et la cuisse, sans porter exclusivement sur les muscles extenseurs, comme cela a lieu dans une lésion organique. Il doit en être de même à la colonne vertébrale : une de nos malades, du reste, a présenté ce phénomène, celle de l'observation VI, où l'amaigrissement des muscles des gouttières fit croire à une proéminence des vertèbres. On ne peut donc supposer ce qui se passe du côté du rachis qu'en examinant les phénomènes qui interviennent pour produire les arthralgies hystériques, et on arrive alors à un résultat négatif au point de vue de lésions organiques des os, des

muscles et même de la peau. Il faut bien, du reste, qu'il en soit ainsi puisque nous voyons guérir presque du jour au lendemain ce prétendu mal de Pott comme nous voyons guérir une coxalgie de même nature.

Comment maintenant expliquer l'application de ce complexe symptomatique et pourquoi cette localisation sur le rachis? La colonne vertébrale semble jouir, en général, d'une sensibilité plus grande que les autres parties du corps. Harkins, dans un numéro du journal « *The Lancet* », expose une étude curieuse de la sensibilité du rachis à l'état normal. D'après l'auteur, un certain degré d'hyperesthésie au niveau d'une ou de plusieurs vertèbres existe chez tous les individus, quels que soient leur âge et leur condition sociale. Les vertèbres sensibles sont ordinairement les quatrième et cinquième dorsales. La douleur produite peut être comparée à un petit choc électrique, avec diffusion dans la poitrine et dans les bras, ou encore à la sensation que l'on ressent en comprimant le nerf cubital à la partie postérieure du coude. Ce fait, établi en s'appuyant sur une statistique de plus de deux cents cas, est cependant très exagéré. Presque tous les sujets chez lesquels nous avons essayé de le reproduire nous ont déclaré n'éprouver aucune sensation spéciale, même à la suite d'une pression très forte. Nous en sommes arrivés sur ce point aux conclusions exposées dans un article publié à ce propos dans le « *Boston Medical journal* » par Morton Prince : « La sensibilité sur une partie de la colonne vertébrale peut se présenter toutes les fois que le système est débilité par quelque maladie. Cela peut se rencontrer à l'état de santé; c'est plus fréquent sur les quatrième et cinquième

vertèbres dorsales que partout ailleurs. » La douleur au niveau du rachis est fréquente dans les états pathologiques. On la rencontre dans les maladies fébriles : variole, fièvre intermittente, grippe, fièvre typhoïde ; dans les maladies apyrétiques : carie vertébrale, cancer, anévrysme ; dans l'intoxication saturnine, la syphilis, les affections de l'utérus, etc. Dès lors, il n'est pas étonnant qu'une manifestation hystérique se localise en un point qui semble être le siège d'une sensibilité plus grande que le reste du corps.

Les sujets auxquels nous avons affaire ne sont pas des hystériques avérés, présentant des stigmates certains : on n'aurait pas porté dans ce cas le diagnostic de carie vertébrale. Ce sont, pour la plupart, des malades ayant des tendances névropathiques qui jouent un grand rôle dans la maladie. D'après Savill, tous ces cas ont une origine organique très légère : il les appelle « hystéro-organiques ». Ce substratum organique peut remonter très loin, c'est une petite congestion, un traumatisme sans importance. L'attention est attirée de ce côté, quelquefois par l'entourage de la malade qui est l'objet de soins exagérés. Peu à peu l'idée se traduit par un acte et la maladie s'établit définitivement. La paralésie s'installe de la même façon, par ce phénomène d'auto-suggestion que les Anglais désignent par le terme d'« expectant attention ». C'est bien aussi l'avis de Gilles de la Tourette lorsqu'il dit :

« Il s'agit de suggestion traumatique bien plus que de traumatisme véritable, car, chez tous les traumatisés de cet ordre, il existe entre le choc lui-même et l'apparition du symptôme hystérique, une période de préparation,

de méditation psychique qu'il est important de connaître. »

Il semble, pourtant, qu'on ne peut pas admettre cette pathogénie d'une façon générale. La petite malade qui a présenté un pseudo mal de Pott à la suite d'une fièvre typhoïde doit sans doute cet état particulier à l'action de la maladie infectieuse. Mais, dans ce cas encore, l'influence psychique a bien pu venir s'ajouter, et l'infection n'a été peut-être que ce traumatisme léger dont parlent Savill et Gilles de la Tourette. « Nous sommes tous plus ou moins hystériques », s'il faut en croire M. le professeur Pierret, auquel nous avons entendu prononcer cette phrase plusieurs fois à son cours; on pourra donc admettre toujours une influence morale réelle. Pour les cas qui nous intéressent, il doit en être ainsi, et la maladie se localise facilement, par suite d'une sorte d'auto-suggestion, sur une région du corps peut-être plus apte que d'autres à la recevoir.

Cette pathogénie paraîtra peut-être trop exclusive, et nous pouvons rapprocher encore ces manifestations du côté du rachis, de ces sortes d'arthrites étudiées par Audry en 1888, sous l'inspiration de M. le professeur Poncet; arthrites de forme persistante bien mise en lumière plus tard en 1893, dans la thèse du docteur Perrogon. « Il existe, dit-il, une affection articulaire caractérisée par une douleur excessivement vive survenant chez des sujets non pas franchement hystériques, mais entachés de nervosisme. Ce sont presque toujours des femmes ». Cette affection se distingue de l'arthrite hystérique par une intensité beaucoup plus grande de la douleur, non plus limitée au plan musculaire et cutanée,

mais surtout profonde et que la malade compare à la pénétration d'aiguilles ou de poinçons dans les extrémités osseuses. L'insomnie, le repos forcé, font naître un état général mauvais. Les lésions sont insignifiantes : atrophie graisseuse, point légèrement vascularisé dans l'épiphyse, et ces douleurs persistantes seraient dues, d'après l'auteur, à de la névrite des filets nerveux qui accompagnent les vaisseaux au sein des os, névrite occasionnée par des troubles vaso-moteurs ou toute autre cause irritative.

Il nous paraît cependant difficile de rattacher le pseudo mal de Pott à cette pathogénie. Nous n'avons pas chez nos malades les mêmes caractères de la douleur et la maladie n'est pas persistante comme cette arthralgie qui nécessite l'intervention chirurgicale et n'est bien guérie que par la résection ou l'amputation.

CHAPITRE IV

Diagnostic. — Pronostic. — Traitement.

CHAPITRE IV

Diagnostic — Pronostic — Traitement

1° DIAGNOSTIC

Le diagnostic est la partie la plus importante de l'étude du pseudo-mal de Pott hystérique. Il suffit de lire les observations qui précèdent pour se rendre compte du service immense qu'on pourrait rendre aux malades en reconnaissant de suite la nature véritable de leur affection, sans les exposer pendant des années peut-être à un traitement souvent pénible et tout-à-fait contraire à leur maladie. Le mal de Pott vrai à son début, avant l'apparition de la gibbosité caractéristique, en un mot, dans sa première période, présente la plus grande analogie avec cette manifestation de la névrose que nous étudions. Il est possible, cependant, d'établir des différences, et ce sera le but principal de ce chapitre.

Le mode de début des deux affections n'est pas le même. Le pseudo-mal de Pott hystérique peut se produire brusquement à la suite d'un mouvement quelconque, tandis que cette apparition soudaine des symptômes est excessivement rare dans le mal de Pott véritable. Dans la tuberculose vertébrale, en effet, on ne peut, la plupart du temps, fixer une date précise à l'origine de l'affection ; un début insidieux s'y rencontre plus que partout ailleurs. La manifestation hystérique s'établit, le plus souvent, lentement, mais on y trouve les mille petits détails symptomatiques qu'il ne faut jamais négliger lorsqu'on soupçonne la tuberculose du rachis. Avant l'apparition de toute douleur réelle et localisée, il existe chez le malade vrai une sensation de fatigue, de lassitude, dont il ne connaît pas la cause. Le sujet ne peut se livrer à aucun exercice prolongé. Si c'est un enfant, il marchera peu, ne jouera pas comme les autres, aimera le séjour prolongé au lit, on le traitera de paresseux. Il lui arrivera de prendre des attitudes particulières qui passent souvent inaperçues et qui ont toutes pour but de faire porter le moins possible le poids du corps sur la colonne vertébrale. L'un, se tiendra habituellement les coudes appuyés sur une table et le menton reposant dans la main, pour diminuer ainsi le poids de la tête. L'autre, assis sur une chaise, mettra instinctivement les deux mains sur ses genoux, les bras raides, de façon à faire supporter le poids du corps par ce mécanisme sans que la colonne vertébrale entre en jeu. On signale également l'apparition d'une douleur légère au rachis lorsque le sujet se trouve soumis à la trépidation d'une voiture, du chemin de fer, dans toutes

les circonstances où la colonne vertébrale est ébranlée pendant que les muscles environnants sont dans un état complet de relâchement. On trouve souvent ainsi, dans le mal de Pott, ces petits signes du début qui paraissent insignifiants pour celui qui n'en fait pas une analyse minutieuse. Or ils n'existent pas dans la manifestation hystérique. Là, une douleur dorsale se montre par intermittence quelquefois, ou bien, très légère d'abord, elle va toujours en augmentant jusqu'à ce que la malade, inquiète de son état, vienne consulter le médecin. De ces deux derniers modes de début le premier est encore le plus fréquent.

La douleur au niveau du rachis existe : quels seront les caractères qui pourront la différencier de la souffrance produite dans la même région par la tuberculose vertébrale ? Dans le mal de Pott vrai, la douleur est sourde, continue, persistant la nuit. Dans le pseudo-mal de Pott, c'est souvent une douleur plus aiguë, celle que produiraient un vésicatoire à vif, une brûlure ; son intensité est variable, la nuit la malade repose, et son sommeil n'est troublé par aucune souffrance. La douleur du mal de Pott vrai se fixe sur la vertèbre malade ; elle siège au niveau d'une ou de deux apophyses épineuses, cinq ou six, tout au plus, lorsque la lésion est déjà ancienne ; elle ne change pas de place. Dans l'hystérie elle est parfois assez localisée, mais, tôt ou tard, on trouvera le rachis sensible un peu partout. Cette douleur est profonde dans la première affection, bien plus superficielle dans la seconde. La pression directe, dans le premier cas, augmente la souffrance, et le degré de la souffrance est proportionné au degré de pression ;

dans le second, au contraire, une pression faible produit autant d'effet qu'une pression forte ; l'hyperesthésie siège dans la peau, un simple attouchement, comme le frôlement d'un pinceau, est douloureux. On provoque parfois une douleur vive en faisant un pli au tégument externe et en le serrant plus ou moins fort entre les doigts. On ne trouvera pas ce signe dans un mal de Pott vrai. Divers moyens ont été préconisés pour révéler la douleur rachidienne. On prenait autrefois une éponge imbibée d'eau chaude et on la promenait tout le long de la crête épineuse : ou bien encore on mettait le malade dans un bain chaud. Toutes ces pratiques, abandonnées à peu près aujourd'hui, ne fourniraient aucune base solide pour le diagnostic différentiel.

La pression à distance provoque rarement de la douleur dans le pseudo-mal de Pott hystérique, sauf, cependant, quand le point où porte la pression est très rapproché du siège de la lésion. Dans une localisation cervicale, par exemple, un choc sur le sommet de la tête sera ressenti à distance. Il semble dans ce cas, que cette douleur se communique bien plus par la peau hyperesthésiée qui se trouve plus ou moins tirillée et ébranlée que par l'intermédiaire des surfaces osseuses restées intactes. Dans la lésion tuberculeuse l'effet de la pression à distance est, au contraire, manifeste la plupart du temps.

L'immobilité de la colonne vertébrale est un des symptômes les plus importants du mal de Pott vrai, et c'est sur ce point que la confusion avec un pseudo-mal de Pott est surtout possible, même inévitable. Dans les deux affections, le malade ne peut se baisser pour ra-

masser un objet à terre. Si on veut lui faire exécuter cette petite manœuvre, il plie les genoux, procède avec une grande lenteur et ne se relève que lorsqu'il a assuré l'équilibre du tronc. Les mouvements de latéralité sont également douloureux, et le sujet immobilise autant que possible la colonne vertébrale. De là, une démarche particulière avec le tronc renversé en arrière. Lorsque le malade se baisse, on ne voit pas, comme à l'état normal, disparaître les différentes courbures du rachis. Il existe des contractures des masses musculaires situées au niveau des lésions ; cette contracture occasionne même parfois un certain relief de consistance dure, de chaque côté du point douloureux. Il n'y a, dans tout cela, rien qui nous permette d'établir une différenciation quelconque.

La déformation du rachis, la gibbosité, ne se présentera jamais dans le pseudo-mal de Pott hystérique. Pourtant on pourra constater parfois une certaine proéminence des vertèbres chez ces malades. Ce fait reconnaît deux causes différentes : tout d'abord, la proéminence de quelques vertèbres peut être rencontrée normalement chez quelques individus. Savill raconte qu'il a vu souvent de ces déformations légères chez des gens qui se livraient, sans en être incommodés le moins du monde, à toutes sortes d'exercices de gymnastique, comme la barre fixe, le trapèze, etc. En second lieu, il peut exister une proéminence apparente des apophyses épineuses par suite d'une atrophie des muscles des gouttières limitée au niveau de la lésion. C'est ce qui s'est produit dans deux de nos observations. Il ne faut donc pas se laisser influencer outre mesure par la cons-

tation d'une déformation du rachis qui n'impose pas nécessairement l'existence d'une lésion organique.

Tous ces symptômes venant de la colonne vertébrale présentent un grand intérêt au point de vue du diagnostic différentiel. On voit combien il est difficile souvent de distinguer les deux affections ; d'autant plus que la tuberculose vertébrale ne présente pas toujours les caractères classiques que nous lui avons attribués ici. La difficulté sera peut-être encore plus grande en étudiant les différentes manifestations qui se présentent en dehors de la zone limitée du rachis où siège, dans le mal de Pott vrai, la lésion organique.

Le phénomène le plus important que l'on rencontre dans le pseudo-mal de Pott au point de vue de sa confusion avec la tuberculose vertébrale, est la douleur en ceinture. Nos malades présentent, en effet, une irradiation douloureuse au niveau de la poitrine, tout à fait analogue à celle des tuberculeux. Chez ces derniers, cependant, cette douleur reste plus limitée à la base du thorax, elle ne s'étend pas à toute la paroi de l'abdomen, et ne descend pas jusque dans le pli de l'aîne, comme on peut l'observer dans quelques cas d'hystérie. Quant aux points douloureux situés sur d'autres régions du corps, à l'épaule, par exemple, comme chez une de nos malades, ils peuvent, sans aucun doute, être pris pour des points névralgiques : névralgie intercostale ou autre, si fréquents chez les tuberculeux. Les douleurs sciatiques qui accompagnent parfois le début de la tuberculose vertébrale se trouvent aussi au commencement du pseudo-mal de Pott. Dès lors, la répartition de la souffrance sur une assez grande étendue, et en des

points divers, ne sera pas un indice certain de pseudo-mal de Pott hystérique, mais devra attirer l'attention de ce côté.

Les troubles de la sensibilité se montrent également beaucoup plus marqués dans cette dernière affection. Tandis que, dans le mal de Pott vrai, les troubles de la motilité apparaissent en premier lieu et sont les plus importants, ici ce sont plutôt les troubles de la sensibilité qui prédominent. Pourtant, d'après Vulpian, Brown-Séquard, Seyden, on trouve de l'hyperesthésie dans le mal de Pott vrai. Tavignot a vu un sujet atteint de tuberculose vertébrale présenter de l'insensibilité totale avec conservation des mouvements. Beaujolin cite le cas d'un jeune homme qui, dans les mêmes conditions, présentait une insensibilité du bras. Chez nos malades, les anesthésies sont plus marquées, soit sur un côté du corps, soit sur un ou plusieurs membres. S'il faut en croire Briquet, le côté gauche serait le siège le plus fréquent des troubles sensitifs. Cette petite considération pourrait servir pour le diagnostic si elle était toujours vraie, mais c'est là une règle absolue comme on n'en peut pas établir en clinique. Cette perturbation de la sensibilité précède sans doute l'apparition des troubles moteurs. On ne peut rien affirmer encore sur ce point ; l'hystérique, en général, n'a pas conscience de son anesthésie, et il est, dès lors, très difficile de savoir à quelle date remonte ce symptôme. Ce serait cependant un point important à connaître. La motilité est atteinte en premier lieu chez les tuberculeux dans la majorité des cas. Il est, du reste, aisé de le comprendre, l'altération vertébrale et méningitique étant surtout prononcée au niveau de la portion antérieure de

l'axe spinal. Un point peut encore servir à éclairer un peu le diagnostic; c'est le retard de la perception qui, d'après Pitres, ne se présente jamais dans l'hystérie, mais seulement dans les altérations organiques.

Des phénomènes de paralysie s'observent dans la tuberculose vertébrale comme dans le pseudo-mal de Pott. Il est bien démontré aujourd'hui qu'on peut avoir des paraplégies, des monoplégies, des hémiplegies d'origine hystérique. Bon nombre des malades observés ont, en effet, présenté de la paraplégie en même temps que leur douleur rachidienne. La paraplégie du mal de Pott s'établit graduellement, à moins d'un tassement, d'une luxation de la colonne vertébrale. Dans l'hystérie, elle peut apparaître de même tout à coup; mais plus souvent elle s'installe progressivement. On ne peut rien déduire de certain de la durée de la paraplégie: elle peut disparaître subitement dans le pseudo-mal de Pott ou persister pendant des années et guérir ensuite. Or, Lendet a établi la curabilité des accidents paralytiques de la tuberculose vertébrale. Brown-Séquard lui-même dit les avoir vus disparaître dans l'espace de vingt-cinq heures. « Nous avons pu voir, dit Audry, dans le service de M. Levrat, une fillette paraplégique à laquelle un simple corset plâtré permit aussitôt une marche irréprochable ». Il est difficile dès lors de dire si on a affaire réellement à une paraplégie hystérique. D'après Pitres, s'il survient de la contracture dans les membres dès les premiers jours qui suivent l'apparition du symptôme, c'est de l'hystérie. Il en sera de même si les phénomènes sensitifs ne se superposent pas aux phénomènes moteurs. C'est, en effet, ce qui arrive assez fréquemment; on

pourra trouver, en même temps que l'impotence fonctionnelle des membres inférieurs, de l'anesthésie de tout un côté du corps ou des membres supérieurs. On peut avoir encore, en même temps que la paraplégie, une perte de la motilité dans un membre supérieur par exemple ; mais Marshall Hall, Ollivier, ont observé dans le mal de Pott vrai des diplégies et des monoplégies brachiales.

« Un examen attentif, dit Savill, peut révéler un défaut de correspondance entre les phénomènes de paralysie, d'anesthésie, et le lieu supposé de la compression de la moëlle ou des racines nerveuses ». Cela est vrai, en effet, car nous venons de constater que cette concordance n'existe pas toujours dans le mal de Pott. Du reste, d'après Lannelongue, les troubles de la motilité ne siègent pas toujours au-dessous de la lésion médullaire. Ils peuvent se produire au-dessus : dans le bras, par exemple, pour une tuberculose vertébrale de la région dorsale. Cela est dû à la sclérose qui se propage en haut ou encore à la compression de la moëlle par l'abcès intrarachidien remontant vers la partie supérieure et comprimant la moëlle au-dessus de l'endroit où siège la lésion.

En présence de ces troubles paralytiques, on devrait trouver dans les membres inférieurs de l'exagération des réflexes. Cette exagération est beaucoup plus marquée dans le mal de Pott vrai que dans la manifestation hystérique. En étudiant la symptomatologie, nous n'avons trouvé que deux fois de l'augmentation du réflexe rotulien et de la trépidation épileptoïde. Dans la tuberculose vertébrale, au contraire, le phénomène du pied est plus marqué. La plupart des réflexes sont abolis dans l'hysté-

rie, excepté, s'il faut en croire l'opinion trop absolue de Rosenbach, le réflexe abdominal qui persisterait toujours dans la névrose. La diminution des réflexes ou leur conservation normale pourra donc mettre sur la voie pour découvrir la nature nerveuse de l'affection.

Les contractures que l'on rencontre dans le mal de Pott apparaissent dans les membres paralysés un certain temps après le début de la paralysie. Ce sont des crampes, des spasmes auxquels succèdent plus tard une contracture continue en extension d'abord, en flexion ensuite. On trouvera de même, dans le pseudo-mal de Pott, des contractures passagères.

Les deux affections occasionnent rarement des troubles trophiques. Lannelongue signale, cependant, au début de la tuberculose vertébrale, mais comme une chose très rare, l'apparition d'éruptions diverses, de zona, d'état squameux de la peau. Nous trouvons ces mêmes troubles au commencement de la manifestation hystérique chez une de nos malades. Il n'y a, dès lors, aucun indice à tirer des troubles trophiques.

L'état général du malade atteint de pseudo-mal de Pott ne subit aucune modification importante. La grande faiblesse, l'amaigrissement que présentent quelques malades, sont dûs au séjour prolongé au lit plutôt qu'à la maladie elle-même. On n'y trouve jamais de fièvre, pas de retentissement sur les différents appareils, ou bien alors ce sont des troubles qui ne semblent pas en rapport avec l'état du malade, une anorexie complète et prolongée, de l'aphonie sans lésion laryngée, de la surdité, etc. Le mal de Pott vrai occasionne, au contraire, au bout d'un temps assez court, un état général mauvais, avec fièvre

et amaigrissement; la lésion retentit sur la plupart des autres appareils. Il est vrai de dire, cependant, que, quand tous ces troubles se produisent, le mal de Pott vrai n'en est plus à sa période de début et que des symptômes caractéristiques en manifestent l'existence.

Il existe un autre état pathologique bien étudié dans un article du *Traité de chirurgie* de Duplay, dû à M. le professeur Poncet : nous voulons parler de l'ostéalgie de croissance. « Nous avons observé chez des enfants, dit M. Poncet, des douleurs vertébrales que la pression augmentait au niveau des apophyses épineuses et qui disparaissaient spontanément après un temps variable. » C'est cependant un siège assez peu fréquent de ces manifestations douloureuses dues à la croissance. Le plus ordinairement ces douleurs siègent dans les membres et vers les extrémités articulaires, ce n'est que dans le cas où elles se manifesteront sans fièvre et au niveau du rachis qu'elles pourront donner lieu à une erreur de diagnostic. D'autre part, les caractères de cette douleur ne sont pas ceux que nous avons signalés dans la rachialgie hystérique. Il s'agit d'une douleur vague, diffuse, passagère, qui apparaît le soir après une fatigue pour disparaître le lendemain; elle peut être continue, il est vrai, mais ce cas se présente rarement. Son intensité est variable, elle peut être assez vive pour entraîner une impotence fonctionnelle complète, il n'existe ni chaleur, ni tuméfaction au niveau de la région atteinte. Le malade a des maux de tête, de l'inappétence, son caractère se modifie et surtout on constate un accroissement net de la taille; mais nous n'avons pas tous les troubles de sensibilité et de motilité présentés par les hystériques.

En somme, le pseudo-mal de Pott n'ayant pas de symptôme pathognomonique, sauf peut-être une céphalagie intense et persistante que l'on rencontre dans quelques cas, la présence de ce signe devra donner l'éveil. Lorsqu'on trouvera, en même temps, des phénomènes qu'on ne pourra attribuer à une autre cause qu'à l'hystérie, il sera alors possible de poser un diagnostic ferme.

2° PRONOSTIC

Le pronostic du pseudo-mal de Pott hystérique est incontestablement moins grave que celui de la tuberculose vertébrale. Il n'est pas de nature à mettre la vie du malade en danger et n'est jamais fatalement incurable. Toutes les malades dont nous rapportons les observations ont vu, du reste, leur affection disparaître. Nous avons pu avoir des renseignements sur l'état actuel des deux malades de M. le professeur Poncet, dont les observations sont rapportées par Audry, et toutes les deux jouissent maintenant d'un parfait état de santé. Chez toutes les autres, nous voyons que la guérison s'est produite, bien qu'elle se soit faite attendre souvent pendant plusieurs années.

La durée du pseudo-mal de Pott est, comme celle des paralysies dues à l'hystérie, extrêmement variable, sans aucun rapport avec l'ancienneté ou l'intensité apparente de l'affection. Elle peut se prolonger pendant de longues années ou guérir subitement, à la suite d'une émotion très vive. Dans deux cas cités, l'origine de la manifestation hystérique remonte à plus de trois ans ; dans trois autres cas, les accidents existent depuis deux ans. Chez

la petite malade dont l'observation nous a été fournie par M. le docteur Weill, la douleur du rachis n'a pas encore disparu, et il y a maintenant dix mois qu'elle a commencé à souffrir.

En présence d'un pseudo-mal de Pott hystérique, lorsqu'on est bien certain de son diagnostic, on peut donc dire qu'il s'agit d'une lésion curable, qui guérira certainement, mais dont la durée peut varier de quelques mois à plusieurs années.

3° TRAITEMENT

Il n'y a que peu de chose à dire sur le traitement du pseudo-mal de Pott hystérique. La première indication à remplir est, en effet, de traiter l'hystérie, et il n'y a presque rien à faire pour la manifestation locale. Si nous examinons nos différentes observations à ce point de vue, nous voyons que quelques malades ont eu à subir l'application d'un grand nombre de pointes de feu : l'une d'elles en a eu plus de cinq mille. Nous ne croyons pas cependant que cette cautérisation ait eu, par elle-même, une influence quelconque sur la marche et la durée de l'affection. Du reste, on ne mettait des pointes de feu, des vésicatoires, que par suite de l'erreur du diagnostic posé. Une malade a été beaucoup améliorée par une saison à Aix-les-Bains, ce qui est contre-indiqué dans le traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses ou douteuses. Il est bien probable dans ce cas que la médication avait agi plutôt sur le moral de la malade par le changement de milieu et la distraction. Les malades de Savill ont très bien guéri après avoir été soumises à un

isolement complet, à un régime fortifiant, à l'hydrothérapie, et à la suite du massage des muscles de la région dorsale.

Que doit-on faire lorsqu'on a posé son diagnostic d'une façon certaine et qu'on se trouve en présence d'un sujet atteint de cette manifestation hystérique ? La première indication est d'établir le traitement général de la névrose. L'isolement de la malade est, d'après Pitres, le point principal. Il faut changer l'hystérique de milieu et souvent un genre de vie nouveau produit à lui seul une grande amélioration. « Plus les parents d'une malade de ce genre sont tendres, affectueux, attentifs à prévenir ses désirs et à s'alarmer de ses souffrances, nous dit Pitres, plus il est important de la soustraire à leur maladroite et inopportune sollicitude. » Une fois cette condition remplie, si elle est possible, car on rencontrera souvent les plus grandes difficultés, il faudra employer l'hydrothérapie, les douches froides. Les médicaments divers n'ont pas une influence bien marquée et agissent plutôt par l'effet moral que ces remèdes peuvent produire sur l'esprit du sujet. Nous avons encore les grandes émotions, les frayeurs, les contrariétés, etc., en un mot tout ce qui peut produire « une révulsion psychique », mais ces moyens sont trop infidèles et trop difficiles à manier pour qu'il soit permis d'en user.

A côté de ce traitement de la névrose en général, il est difficile de trouver une médication locale pour la lésion qui nous occupe. Le massage de la région douloureuse a donné à Savill d'excellents résultats. On peut employer encore les différents moyens qu'on a coutume

d'utiliser contre les contractures et les paralysies d'origine hystérique : l'électrisation des muscles, les applications métalliques, l'aimantation. Ces différents agents réussissent souvent, non pas directement par leurs propriétés physiques, mais indirectement, par le fait de l'émotion que cause aux malades la vue d'un appareil étrange et la confiance dans l'efficacité de son action.

Nous disions, il y a un instant, qu'il fallait être certain de son diagnostic avant de recourir au traitement que nous indiquons. Si, en effet, on avait affaire à une tuberculose de la colonne vertébrale, il serait très dangereux de soumettre le malade à un traitement absolument contraire à la guérison de son affection. Des douches froides, par exemple, des exercices de gymnastique, du massage, sont contre-indiqués chez un tuberculeux et ne peuvent qu'aggraver la lésion. Aussi, comme l'indique M. le professeur Poncet, si on a quelques doutes sur la nature de l'affection, il vaut mieux faire plus que moins, se tenir dans l'expectation armée et traiter comme s'il s'agissait d'un mal de Pott véritable.

Conclusions

CONCLUSIONS

I. — Il existe une manifestation particulière de l'hystérie que l'on peut confondre avec le mal de Pott. M. le professeur Poncet, qui a signalé le premier ce complexe symptomatique, lui a donné le nom de « pseudo-mal de Pott » ou de « mal de Pott hystérique ». L'existence d'un ensemble de symptômes donnant lieu à une confusion de ce genre est probablement plus fréquente qu'on ne peut le supposer, l'attention ayant été peu souvent appelée jusqu'ici sur cette manifestation locale de l'hystérie. Son existence est prouvée, du reste, par les observations que M. Poncet a eu l'obligeance de nous communiquer, par ces cas de prétendue tuberculose vertébrale qui guérissent instantanément ou à brève échéance.

II. — Ce pseudo-mal de Pott se produit chez des sujets, des femmes principalement, présentant dans leurs antécédents personnels une prédisposition ner-

veuse, sans que l'on ait la plupart du temps rien à noter comme antécédents héréditaires à ce point de vue.

III. — La symptomatologie se rapproche beaucoup de celle du mal de Pott vrai, à son début. On y rencontre de la douleur au rachis, des phénomènes à distance, des troubles de la motilité et de la sensibilité.

IV. — Au point de vue de l'anatomie pathologique, on ne peut que présumer ce qui se produit en établissant la comparaison entre ce syndrome et les affections articulaires qui reconnaissent aussi pour cause l'hystérie, telles que la coxalgie ou d'autres ostéalgies de cette nature.

V. — Cette affection présente une origine organique dans la plupart des cas et mérite le nom d'« hystéro-organique » que lui donne alors Savill. C'est par exemple un traumatisme insignifiant et remontant à une date très éloignée. On peut comprendre cette localisation de l'hystérie sur une région du corps qui paraît plus sensible que les autres et par conséquent plus apte à la recevoir. Dans certains cas on aura peut-être affaire à ces formes d'arthralgies persistantes signalées en 1888, par un élève de M. le Professeur Poncet : M. Charles Audry.

VI. — Le diagnostic différentiel entre la tuberculose vertébrale, à son début, et le pseudo-mal de Pott présente les plus grandes difficultés. Les caractères de la douleur rachidienne sont surtout utiles à étudier à ce point de vue. On peut également trouver des différences dans les manifestations à distance, dans les troubles de la sensibilité et de la motilité ; mais le mal de Pott vrai présente lui-même, dans quelques circonstances, des phénomènes tout à fait analogues.

La douleur due à l'ostéalgie de croissance peut siéger au niveau des apophyses épineuses, comme l'indique M. le Professeur Poncet, dans son article du *Traité de chirurgie* de Duplay, et donner lieu, en tant que douleur, à des phénomènes analogues à ceux que nous étudions. Dans ces cas, cependant, les troubles de la sensibilité et de la motilité que nous observons dans le pseudo-mal de Pott hystérique n'existent pas ; la douleur rachidienne ne présente pas les mêmes caractères.

Enfin, dans tous les cas douteux, on devra rechercher avec soin les symptômes qui pourraient indiquer l'existence de l'hystérie.

VII. — Le pronostic est toujours bénin en ce sens que l'affection ne met pas en danger la vie du malade. Elle guérit toujours après un temps plus ou moins long.

VIII. — Le traitement doit être celui de toutes les manifestations locales hystériques. Dans tous les cas on conseillera une immobilisation relative, des révulsifs *loco dolenti*, etc. ; on n'oubliera pas que le mal de Pott vrai se rencontre journellement par opposition à celui que nous étudions et ainsi on ne s'exposera pas à commettre une erreur possible de diagnostic préjudiciable au malade.

Vu, bon à imprimer

LE PRÉSIDENT DE THÈSE.
PONCET.

Vu, bon à imprimer

LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer

LE RECTEUR,
E. CHARLES.

BIBLIOGRAPHIE

Beaujolin, thèse de Paris, 1873.

Lannelongue, *Leçons sur la tuberculose vertébrale*.

Gangolphe, *Maladies infectieuses et parasitaires des os*.

Bach, *Coxalgie hystérique*, thèse de Paris, 1874.

Perrogon, *Intervention chirurgicale dans les arthralgies à forme persistante*, thèse de Lyon, 1892-93.

Grasset, *Traité pratique des maladies du système nerveux*.

Pitres, *Hystérie et hypnotisme*.

Axenfeld et Huchard, *Traité des névroses*.

Souques, *Etude sur les syndromes hystériques simulateurs des maladies organiques de la moëlle épinière*, thèse de Paris, 1891.

Lyon médical, année 1887 (13 octobre).

James Paget, *Leçons de clinique chirurgicale*.

James Paget, *Lectures on surgical pathology*.

Duplay et Reclus, *Traité de chirurgie*.

Follin, *Traité de pathologie externe*.

Lemoine, *De la rachialgie*, thèse de Paris, 1883.

Herbert Page, *Injuries of the spine and spinal cord*.

Charcot, *Leçons du mardi*.

Saint-Thomas hospital reports, 1888-1889.

The Lancet, année 1881.

Gilles de la Tourette, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*.

Potain, *Rachialgie et irritation spinale* (*Gazette médicale de Paris*, 1879).

British medical journal, année 1881.

Boston medical journal, année 1886.

TABLE

INTRODUCTION.	vii
CHAPITRE I. <i>Mal de Pott ordinaire et pseudo-mal de Pott.</i>	11
Historique.	11
CHAPITRE II. <i>Observations.</i>	24
CHAPITRE III. <i>Etiologie. — Symptômes. — Anatomie pathologique.</i>	43
1. Etiologie.	43
2. Symptômes.	46
3. Anatomie pathologique et pathogénie.	52
CHAPITRE IV. <i>Diagnostic. — Pronostic. — Traitement.</i>	61
1. Diagnostic.	61
2. Pronostic.	72
3. Traitement.	73
CONCLUSIONS.	79
BIBLIOGRAPHIE.	83

